

CRISE E URGÊNCIA

EM SAÚDE MENTAL

Módulo 3

Organização da Atenção Psicossocial à Crise em Rede de Cuidado

GOVERNO FEDERAL

Presidência da República

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

Universidade Aberta do Sistema Único de saúde (UNA-SUS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

Diretor do Centro de Ciências da Saúde Sérgio Fernando Torres de Freitas

Chefe do Departamento de Enfermagem Maria Itayra Padilha

EQUIPE DO CURSO NA UFSC

Coordenação Geral do Projeto e do Curso Maria Terezinha Zeferino

Assessoria Pedagógica Maria do Horto Fontoura Cartana

Supervisor de Tutoria e conteudista de referência Marcelo Brandt Fialho

Apoio ao AVEA Jader Darney Espíndola

Secretaria Viviane dos Santos

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Cristoph Boteri Surjus

Daniel Márcio Pinheiro de Lima

Felipe Farias da Silva

Jaqueline Tavares de Assis

Karine Dutra Ferreira da Cruz

Keyla Kikushi

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus

Mauro Pioli Rehbein

Mônica Diniz Durães

Roberto Tykanori Kinoshita

Thais Soboslai

ORGANIZADORES DO MÓDULO

Maria Terezinha Zeferino - UFSC

Jeferson Rodrigues - UFSC

Jaqueline Tavares de Assis - MS

REVISORES

Karine Dutra Ferreira da Cruz - MS

Kátia Cilene Godinho Bertencello - UFSC

Maria Gabriela Curubeto Godoy - MS

AUTOR

Unidade 1 e 2: Políbio José de Campos

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral Eleonora Milano Falcão Vieira

Coordenação de Produção Giovana Schuelter

Design Instrucional Jimena de Mello Heredia

Revisão Textual e ABNT Kátia Cristina dos Santos, Marisa Monticelli, Wemylinn Andrade

Design Gráfico Fabrício Sawczen

Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial Fabrício Sawczen

Ajustes edição 4 Francielli Schuelter

CRISE E URGÊNCIA

EM SAÚDE MENTAL

MÓDULO 3

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À CRISE EM REDE DE CUIDADO

Z44c Zeferino, Maria Terezinha.

Crise e Urgência em Saúde Mental: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado / Maria Terezinha Zeferino, Jeferson Rodrigues, Jaqueline Tavares de Assis (orgs.). 4ª Edição – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

97 p.

ISBN: 978-85-8328-022-4

1. Saúde Mental – Pontos Estratégicos. 2. Crise e Urgência. I. Rodrigues, Jeferson. II. Assis, Jaqueline Tavares de. III. Título.

CARTA AO ESTUDANTE

Seja bem-vindo ao terceiro módulo do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental.

Continue com a garra e determinação que você tem demonstrado até aqui. Sabemos que as exigências da vida cotidiana são complexas e implicam em organização para os estudos, por isso, conciliar sua agenda com o trabalho, priorizar as leituras e atividades são processos que ajudarão no alcance dos objetivos indicados.

Os conteúdos a serem desenvolvidos nesse módulo estão distribuídos em duas unidades. Na primeira unidade, apresentamos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os pontos estratégicos na atenção à crise e urgência em saúde mental. Na segunda unidade, apresentamos as diretrizes e estratégias de cuidado à crise e urgência em saúde mental na RAPS.

Recomendamos que todas as leituras com destaques de conteúdos sejam compartilhadas entre os parceiros de trabalho, de modo que esse conhecimento também fortaleça os laços do saber-fazer em equipe. Acreditamos que os conhecimentos a serem desenvolvidos nesse módulo ampliarão a concepção do trabalho em rede e que eles contribuirão para qualificar ainda mais o Sistema Único de Saúde, principalmente por meio da relação entre a RAPS e a Rede de Urgência e Emergência (RUE) na prática de cuidado.

Assim, continue conosco para mais esse momento do Curso, que visa ampliar o conhecimento, transformar as vivências e qualificar ainda mais as práticas de cuidado às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

Boas vindas!

OBJETIVO GERAL DO MÓDULO

Compreender os componentes da RAPS para garantir a integralidade do cuidado nas diversas apresentações clínicas da crise e urgência em saúde mental.

CARGA HORÁRIA DO MÓDULO

30 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 - A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) E OS PONTOS ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO À CRISE E URGÊNCIA.....11

1.1 A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS 11

1.1.1 Pontos de atenção da RAPS para atender às crises mais graves e situações de urgência e emergência.....15

1.1.2 A crise no Território: nova rede, outra cena, qual abordagem?20

1.1.3 Articulação entre RAPS e RUE para atenção às crises 25

1.2 Diretrizes e estratégias de cuidado da crise e urgência na RAPS.....27

1.2.1 Abordagem da crise: o A.C.E.N.A. na avaliação da Cena, Risco e Vulnerabilidade.....30

1.2.2 Recomendações sobre a Continência das Crises.....36

1.2.3 Ambiente da crise: território, rede social e singularidade dos projetos terapêuticos na reforma psiquiátrica..... 47

1.2.4 Novos sentidos e predicados no campo da crise54

Resumo da unidade.....61

Leitura complementar.....62

Referências63

UNIDADE 2 - OS ESPECTROS CLÍNICOS DA CRISE... 71

2.1 As apresentações clínicas da crise no campo da saúde mental... 71

2.1.1 Os espectros clínicos das crises relevantes para a abordagem na
RAPS 73

2.1.3 O recorte das crises com qualidades de urgência e emergência.....80

2.1.4 A importância das condições médicas nas apresentações de crise..83

Resumo da unidade.....88

Leitura complementar.....89

Referências90

ENCERRAMENTO DO MÓDULO..... 93

AUTOR..... 94

ORGANIZADORES..... 95

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os pontos estratégicos na atenção à crise e urgência

01

Autor:

Políbio José de Campos



UNIDADE 1 - A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) E OS PONTOS ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO À CRISE E URGÊNCIA

Objetivo: Reconhecer a necessidade da articulação e integração entre os pontos de atenção da RAPS e RUE para garantir a integralidade do cuidado na atenção à pessoa em situação de crise e urgência.

Carga horária: 20 horas.

1.1 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS

A atenção às crises tem sido apontada como um elemento decisivo e estratégico em todo processo de Reforma Psiquiátrica. A amplitude, a qualidade, a efetividade e humanização da assistência lograda nesse campo definem o poder de intervenção e o alcance dos processos de Reforma Psiquiátrica a partir da constituição de redes de cuidado e reabilitação psicossocial que contemplem as necessidades de atenção dos problemas de saúde mental e álcool e outras drogas na população. No caso da Reforma Psiquiátrica brasileira, têm surgido um leque amplo de serviços e dispositivos que apresentam novos cenários para a abordagem da crise, dentre eles, aqueles próprios da saúde mental e outros, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e, principalmente, o envolvimento crescente da atenção primária no cuidado em saúde mental.

O trabalho em rede é uma condição essencial dessa nova abordagem, pois a base real e o suporte da atenção integral à crise é a rede ampla de assistência e reabilitação que sustentam os projetos terapêuticos de cada usuário em sua comunidade e território, incluindo, principalmente, a atenção básica e os próprios recursos da comunidade.



Saiba Mais

A definição, o lugar e a função do projeto terapêutico, como um dispositivo de organização do cuidado, é objeto de uma série de estudos e análises no âmbito da literatura de saúde nacional, incluindo os documentos governamentais. O artigo abaixo faz uma revisão atualizada dessa literatura e seria indicado consultá-lo.

BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

Um projeto terapêutico singular deve pactuar com o usuário e sua rede de suporte social a abordagem e os recursos de enfrentamento das crises que surjam no percurso de tratamento. A Rede de Atenção Psicossocial como um todo acolhe as crises, mas o acesso ampliado e a intervenção precoce também evita que as crises evoluam para formas de apresentação mais graves, em que ocorrem rupturas de laços familiares ou sociais. Essas crises mais graves e complexas são caracterizadas no modelo médico como urgência ou emergência

¹ Mais adiante faremos uma problematização a respeito dessas definições.

e o sujeito é rotulado habitualmente como “perigoso para si e os outros”. Elas devem ser objeto de uma intervenção mais complexa que envolverá o segmento específico e estratégico

da RAPS (CAPS) e a rede de urgência e emergência. Além disso, a atenção à crise no contexto de toda a Rede de Atenção Psicossocial exige que se articulem outras redes intersetoriais localizadas no território.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é um processo histórico em curso, mas com bases sólidas, apresentando diretrizes políticas e um modelo organizativo consistente, enraizados no SUS e como política pública de Estado.

A Lei nº 10.216 garante os direitos das pessoas com transtorno mental, e propõe, no âmbito do SUS, uma nova forma de atenção, assegurando o direito ao cuidado em serviços comunitários de saúde mental. A Lei estabelece, ainda, a necessidade de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial para as pessoas com história de longa permanência em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2001). Após a promulgação dessa Lei, houve um avanço considerável em relação à implantação da rede de serviços comunitários e territoriais de saúde mental, e cabe destacar o lugar estratégico dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs).

O processo de Reforma exigiu a formalização e a implantação de uma nova rede e um novo modelo de organização dos serviços e estratégias de cuidado e reabilitação. O caminho dessa implantação é complexo e sofre influência de aspectos políticos, sociais e econômicos imersos em correlação de forças e embates candentes. Hoje, esse modelo está delineado e determina a organização em rede dos serviços e estratégias na forma de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) articulada às redes de atenção do SUS como um todo.

Em 2011, foi instituída pela Portaria GM/MS n. 3088 a RAPS, dando o acabamento, o desenho e as diretrizes para a organização e a articulação dessa rede com as demais redes do SUS. A articulação em rede dos serviços substitutivos é central para o efetivo acolhimento e cuidado das pessoas com a experiência de sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Abaixo, resumimos a composição da RAPS, segundo Portaria GM/MS nº 3.088 (BRASIL, 2011a), com seus setores de atenção e estações de cuidado.

1. Atenção Básica em Saúde

- Unidade Básica de Saúde
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- Consultório na Rua
- Centros de Convivência e Cultura

2. Atenção Psicossocial Estratégica

- Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades

3. Atenção de Urgência e Emergência

- SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde

4. Atenção Hospitalar

- Leitos ou Enfermaria de Atenção Integral em Hospital Geral

5. Atenção Residencial de Caráter Transitório

- Unidades de Acolhimento
- Serviço de Atenção em Regime Residencial

6. Estratégias de desinstitucionalização

- Serviços Residenciais Terapêuticos
- Programa de Volta para Casa

7. Estratégias de Reabilitação Psicossocial

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais



Link

As leis e portarias que instituíram a Reforma Psiquiátrica brasileira e a RAPS são facilmente acessíveis no site do Ministério da saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33771&janela=1

A seguir, abordaremos alguns pontos de atenção da RAPS, muito importantes na atenção às crises mais graves.

1.1.1 Pontos de atenção da RAPS para atender às crises mais graves e situações de urgência e emergência

Ponto de atenção é um serviço estratégico da RAPS que tem a importante tarefa de promover a articulação entre os serviços de saúde com a rede intersetorial. Nessa lógica apresentaremos alguns componentes da RAPS e RUE destacando os seus principais pontos de atenção para as crises mais graves e situações de urgência e emergência em saúde mental.

a) Componente Estratégico da Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPSs foram os primeiros serviços induzidos pela Política Nacional de Saúde Mental, desde os anos 1990, para a construção de uma rede diversificada de cuidados. O CAPS é um serviço comunitário de base territorial, com acolhimento sem barreiras de acesso ou agendamento, que oferece cuidado às pessoas em intenso sofrimento ou com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e/ou da ambiência. Deve ofertar apoio matricial às Equipes de Saúde da Família. Cabe também aos CAPSs oferecer apoio matricial em saúde mental aos pontos de atenção às urgências, em seu território de abrangência, seja por meio de orientações sobre a história e as necessidades dos usuários já conhecidos, seja pelo acompanhamento do atendimento, se corresponsabilizando pelo cuidado em seu território de abrangência.

A equipe dos CAPS é multiprofissional e desenvolve suas ações pautadas no vínculo com usuários e famílias e articuladas a Projetos Terapêuticos Singulares (PTSs). Além disso, a possibilidade de atenção em tempo integral ou parcial pode ser necessária em muitas situações, considerando a complexidade das necessidades das pessoas com transtornos mentais, e também a intensidade da atenção requisitada pelos familiares.

Os CAPSs operam na lógica da inclusão social e humanização do cuidado em contraposição aos processos de restrição de liberdade da prática manicomial. Os CAPSs são dispositivos de cuidado que devem contar com uma diversidade de abordagens para a complexidade e diversidade das necessidades das pessoas em seus contextos de vida.

2 Os CAPSs se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e clientela atendida, organizando-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, conforme Portaria nº 3088/2011, esses serviços se diferenciam como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad e CAPS ad III (BRASIL, 2012b).

A Portaria SAS nº 854/2012 regulamenta um amplo conjunto de ações realizadas no CAPS², que incluem a atenção às situações de crise, voltadas sempre à construção de autonomia e inserção social de pessoas em intenso sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas ou da ambiência. As diferentes abordagens, bem como a intensidade do cuidado ofertado pelo CAPS, deverão ser plásticas às singularidades das pessoas em

seus contextos reais de vida, e deverão incluir outros pontos de atenção da saúde, de outros setores e da própria comunidade, que disponham de recursos necessários à qualidade do cuidado (BRASIL, 2012a).

b) Componente de atenção às urgências e emergências

O atendimento às pessoas com transtornos mentais e suas famílias nos pontos de atenção do componente de urgência e emergência reafirma a universalidade do cuidado no SUS. Assim, é necessário que os profissionais reconheçam essa demanda de atenção como legítima, disponibilizando-se para uma avaliação qualificada.

Cabe ressaltar que, considerando a singularidade com que as pessoas com transtornos mentais podem expressar o que sentem, a parceria com a família e o envolvimento de profissionais que tenham vínculo é fundamental para a identificação de agravamentos clínicos que poderiam passar despercebidos.

Nesse componente, dois pontos de atenção são de fundamental importância para o cuidado nas situações de urgência envolvendo as pessoas com transtornos mentais:

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

O SAMU é o ponto de atenção destinado ao atendimento móvel de urgências e emergências nos territórios, incluindo aquelas de saúde mental, conforme as Portarias GM nº 1600/2011 e nº 3088/2011.

A partir de **acionamento telefônico (192)** e regulação da demanda, a equipe do SAMU atende ou agenda o atendimento mediato ou imediato, articulando e favorecendo o acesso a outros pontos de atenção que se façam necessários no componente hospitalar ou de seguimento longitudinal, como CAPS, UBS ou outros.

2 Vale esclarecer que os CAPSs III funcionam 24 horas, os CAPSs I não fazem restrição de atendimento por idade e os CAPSis (infantojuvenis) atendem especificamente crianças e adolescentes. Nos municípios onde não houver CAPSi, deverá ser garantida a atenção a essa população em outra modalidade existente de CAPS, respeitando os princípios e as diretrizes do ECA (Estatuto da Criança e Adolescente).



Fonte:

<http://samu.saude.sc.gov.br/>

Esse ponto de atenção opera intervenções imediatas em situações de maior complexidade e circunstanciais: no domicílio, na rua ou em locais em que o usuário demande esse cuidado, tendo como mandato principal a avaliação clínica, o manejo da situação e a condução do usuário para o CAPS de referência, Unidade Básica de Saúde, serviço de urgência/emergência ou UPA mais próximos.

Para a qualificação do encaminhamento, algumas recomendações se fazem necessárias:

- a) Durante o período diurno, de segunda a sexta-feira, o SAMU deve incluir no atendimento, sempre que possível, o apoio do CAPS de referência do território onde ocorre a situação relativa aos problemas de saúde mental, para intervenção conjunta ou orientação quanto à definição do melhor encaminhamento para a situação que se apresenta.
- b) Durante o período noturno, feriado ou final de semana, a equipe dos CAPS é organizada por plantões e, portanto, reduzida. A equipe do SAMU deve realizar a intervenção no território junto ao usuário e, se a situação demandar cuidados complexos imediatos, deverá encaminhar para o serviço de urgência/emergência ou UPA mais próximos. Nos casos em que não houver essa necessidade, os usuários podem permanecer em casa, se assim avaliar o profissional, ou serem encaminhados ao CAPS, no caso de usuários em acompanhamento nesse serviço.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto-Socorro

As UPAs e os Pronto-Socorros (portas hospitalares de urgência) realizam o atendimento das demandas de urgência e emergência, incluindo aquelas consideradas de saúde mental. Devem realizar acolhimento, classificação de risco e intervenção imediata nas situações e agravamentos que assim o requeiram, minimizando riscos e favorecendo seu manejo. Articula-se a outros pontos de atenção, garantindo a continuidade do cuidado, de acordo com a necessidade.

Deve prover retaguarda para a observação das situações limite, para a definição de encaminhamento mais adequado. É importante identificar se o usuário em questão realiza acompanhamento em CAPS, de forma que esse serviço seja acionado para o compartilhamento da responsabilidade e a continuidade do cuidado. Especificamente quando a ocorrência for durante o período noturno ou fim de semana e ainda não houver vinculação do usuário a nenhum CAPS, orienta-se que no período seguinte o serviço de referência no território seja acionado para recebê-lo.

Essa articulação entre os serviços propicia o adequado atendimento aos usuários e famílias sem recorrer ao recurso da internação de forma desnecessária.

c) Componente de atenção hospitalar: leitos ou enfermaria de saúde mental no hospital geral

Trata-se de leitos de Saúde Mental em enfermarias de clínica médica, pediatria ou obstetrícia, ou enfermarias de Saúde Mental em Hospital Geral habilitado para oferecer suporte hospitalar, quando necessário. O acesso a esses pontos de atenção deve ser regulado a partir de critérios clínicos, respeitados os arranjos locais de gestão: central regulatória ou por intermédio do CAPS de referência (Brasil, 2012c).

Esse ponto de atenção deve se configurar como retaguarda aos demais pontos de atenção da RAPS, especialmente aos CAPS e aos pontos de atenção do componente de urgência, para situações cujo agravamento clínico requeira acesso à tecnologia hospitalar. Provê intervenções de curta ou curtíssima duração para o restabelecimento de condições clínicas, elucidação diagnóstica, ou investigação de comorbidades responsáveis por situações de agravamento. Deve articular-se de forma imediata a outros pontos de atenção, garantindo a preservação de vínculos e a continuidade do cuidado.

É importante ressaltar que a corresponsabilização pressupõe que, onde quer que o usuário seja acolhido, deve-se institucionalmente articular os demais pontos de atenção da rede necessários para responder às necessidades identificadas, evitando respostas imediatistas, descontextualizadas, e, por consequência, equivocadas.

Cabe, portanto, também ao Hospital Geral, como ponto de atenção da RAPS, favorecer a continuidade do cuidado, articulando os serviços de referência dos usuários internados ou promovendo o encaminhamento junto às UBS, ao CAPS ou demais pontos de atenção desde a chegada do usuário, e não somente no momento de sua alta.

Análise o estágio atual de implantação da RAPS em seu município: 1) A rede de serviços e estratégias atualmente existentes estão capacitadas para enfrentar as crises? 2) Quais serviços se adequam melhor a essa função? 3) O SAMU e as UPAs atendem as urgências ou crises em saúde mental, como está previsto na legislação do Sistema Nacional de Urgência e Emergência? 4) A rede de saúde mental da sua região dispõe de retaguarda em hospital geral para o atendimento as crises de pessoas em sofrimento mental ou com comorbidades clínicas decorrentes do uso de álcool e drogas?

1.1.2 A crise no Território: nova rede, outra cena, qual abordagem?

A atenção à crise na RAPS e seus diversos pontos de atenção levantam um primeiro questionamento sobre o que nos autoriza a intervir e quais as possibilidades e condições para estabelecermos uma prática diferente de superação do modelo manicomial. A RAPS possibilita

outras cenas de atuação, realizadas no território, nos serviços abertos, por meio de um cuidado em liberdade. Isso é muito importante, mas não garante que esses espaços sejam ocupados por velhas práticas.

A lógica manicomial costuma insinuar-se, não cessa de insistir, assombrando o cotidiano dos novos serviços, o que exige vigilância e discussão permanentes de nossas práticas. Às vezes, encontramos nas experiências da Reforma Psiquiátrica, serviços e dispositivos nomeados como substitutivos ao manicômio. Contudo, geralmente são desprovidos de inovação, sem calor humano, investidos da palidez burocrática ou da segura racionalista da eficiência, eficácia e resolutividade.

Em primeiro lugar, é importante afirmar uma diretriz essencial para as nossas ações: se a crise emerge e é gerada em um complexo sistema de relações sociais e humanas, quando nossos serviços entram em ação, passamos a fazer parte dessa crise.

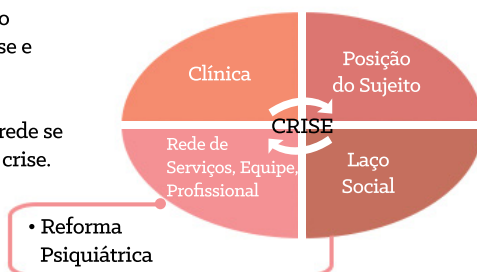
A entrada em cena, a forma e os elementos que agregaremos à crise serão um componente determinante na sua superação e destino. Uma leitura ampliada da crise e o reconhecimento de sua complexidade são elementos importantes, porém o mais decisivo será a nossa posição, assim como nossa orientação ética, técnica e política.

A imagem a seguir resume aspectos importantes dos elementos envolvidos na atenção à crise. Uma discussão mais detalhada desses elementos será feita na unidade 2.

Figura 1 – A entrada em cena dos dispositivos da Reforma

• A rede de serviços, a equipe e o profissional entram na cena da crise e passam a fazer parte da mesma.

• A leitura da crise e as ações da rede se tornam um fator de modulação da crise.



Fonte: elaborada pelo autor.

Do ponto de vista político e assistencial, ressaltamos algumas diretrizes e princípios ordenadores que orientam a nossa entrada em cena e a nova abordagem proposta. Em primeiro lugar, a tomada de posição quanto à priorização das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Há uma razão histórica e política relativa à exclusão, segregação e negação das demandas e necessidades desse grupo de pessoas. Outro aspecto dessa priorização diz respeito ao fato de que uma rede capaz de dar respostas adequadas às crises das pessoas com sofrimento mental grave é mais efetiva como um todo. As redes que não enfrentaram esse desafio se apresentam completamente impotentes diante dos casos graves (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005).

Em segundo lugar, é preciso frisar que o trabalho em rede é uma condição essencial dessa nova abordagem. A base real de um sistema de atenção à crise não são as estações, os pontos de atenção baseados nos serviços especializados e dirigidos à crise em si, mas a rede ampla de assistência e reabilitação que sustentam os Projetos Terapêuticos de cada usuário em sua comunidade e território, incluindo, principalmente, a atenção básica e os próprios recursos da comunidade. Essa rede tem como função principal cuidar e abordar os casos em um instante do seu

desenvolvimento que evite o seu desdobramento para apresentações muito graves e com ruptura do laço social.

Nesse desenho, a integração orgânica da rede de serviços, o atendimento à crise desde a atenção básica, guardada a capacidade de intervenção em cada nível, é a condição de uma resposta qualificada. A existência de uma rede ampla e atuante retira os dispositivos de atenção à crise do incômodo lugar de suplência de uma rede inexistente ou que não funciona, permitindo que esses serviços exerçam um novo papel, o de observatório dos problemas e disfunções sistêmicas dessa rede, e também o de parceria para a sua superação. É evidente que os serviços e estratégias de atenção à crise têm que apresentar capacidade resolutiva, flexibilidade e mobilidade, oferecer atenção contínua e integral, hospitalidade, atendimento domiciliar e de rua e integração aos demais serviços de urgência e emergência do território, sejam eles hospitalares ou pré-hospitalares, como o SAMU e as UPASS.

É isso o que têm sugerido revisões consistentes sobre a implantação de redes integradas e balanceadas de atenção (THORNICROFT; TANSELLA, 2004), é o que nos aponta as melhores experiências internacionais de Reforma Psiquiátrica (JOHNSON et al., 2008; ROSEN et al., 2008; DELL'ACQUA, MEZZINA, 2005; MEZZINA, JOHNSON, 2008), inclusive, a brasileira, em várias cidades do país (SOUZA, 2010). Abaixo, enumeramos algumas diretrizes e princípios ordenadores de uma rede de atenção à crise.

1. Os serviços e estratégias devem ser de base territorial e comunitária e organizar-se em rede.
2. A Rede de Atenção Psicossocial se compõe de uma diversidade articulada de serviços e estratégias, oferecendo assistência, reabilitação e inserção social.
3. Deve garantir acessibilidade, integralidade, equidade e continuidade do cuidado e reabilitação.

4. A saúde mental deve ser incorporada nas ações de todos os serviços e estratégias do sistema de saúde, desde a atenção básica à rede hospitalar e de urgência geral.
5. Toda estação ou serviço da rede de saúde deve estar preparada para acolher as crises em saúde mental.
6. Os serviços são dinâmicos, móveis e flexíveis, articulados organicamente, para evitar a fragmentação.
7. A atenção às crises inicia-se e deve ser oferecida no território, no domicílio, na rua. A atenção integral às crises, 24 horas, 7 dias na semana, e os leitos de acolhimento que podem lhes dar respaldo devem estar situados nos serviços territoriais, daí a importância do CAPS III e da hospitalidade noturna. A hospitalidade noturna não pode ser associada, apenas, ao tamanho do serviço ou da área de abrangência. Trata-se de uma função essencial para a atenção à crise e deveria ser pensada como um componente estratégico de toda rede que pretende dar essa resposta.
8. Se vamos alocar a função de atendimento da crise, da hospitalidade e atenção contínua num serviço de urgência ou no Hospital Geral, ela deve, preferencialmente, ser complementada (por exemplo, no período noturno e nos finais de semana), ressaltando que sua utilização necessita estar em sintonia com os serviços comunitários – desde a indicação, o acompanhamento e a programação da alta.
9. A política, o modelo assistencial e a clínica devem ser **usuário-centrados**, ou seja, organizados a partir das necessidades e prioridades dos usuários, familiares e cuidadores. O usuário é, antes de tudo um sujeito político, intervindo na formulação da política e no controle social dos serviços e projetos.
10. O modelo de atenção e os serviços orientam-se para os valores e a cultura do país, região, cidade, território. Devem ser sensíveis e oferecer respostas às questões de etnia, raça, gênero e sexo.

11. São serviços que valorizam a ciência e a evidência científica, bem como a experiência e a cultura.

1.1.3 Articulação entre RAPS e RUE para atenção às crises

A resposta à crise exige gestão e gerenciamento complexos. Por isso, agora, vamos ressaltar alguns pontos sobre esse assunto. Enumeramos abaixo algumas iniciativas que podem ajudar nessa trajetória. Elas podem ser consideradas como boas práticas, sendo um apanhado de experiências e indicações da própria legislação atual.

1. A saúde mental precisa se articular e produzir iniciativas colaborativas com a rede de urgência, tanto no âmbito político como na organização do cuidado em todas as esferas de governo – federal, estadual e municipal.
2. A saúde mental deve compor os comitês gestores de urgência em todos os níveis. Trata-se de adequação de normativas e de estabelecer pactuações, diretrizes e protocolos técnicos, relativos aos fluxos, às responsabilidades e à qualidade do cuidado. A presença da saúde mental nos comitês gestores de urgência é uma oportunidade de desconstruir estigmas, estereótipos, preconceitos e promover a melhoria da qualidade do cuidado que se oferta as pessoas com sofrimento mental.

Não subestime a importância de definir as competências técnicas e a responsabilidade de todos os pontos de atenção, a partir de uma discussão técnico-científica rigorosa e baseada nas melhores evidências disponíveis. É necessário atribuir responsabilidades, definindo como e qual estação de cuidado pode oferecer respostas qualificadas para quem está intoxicado com qualquer substância psicoativa.

Não é aceitável, por exemplo, que jovens intoxicados gravemente com crack, com repercussões cardíacas graves como infarto e outras, sejam levados para o CAPS ou negligenciados em relação às suas necessidades de saúde.

3. Os dependentes graves de álcool costumam ser frequentemente negligenciados em muitos pontos de atenção e também na urgência, recebendo apenas a orientação para buscar a ESF no dia seguinte ou ser encaminhado a um CAPS. Esse usuário pode estar apresentando, por exemplo, síndrome de Wernicke, que tem um alto índice de mortalidade e morbidade e precisa de cuidados intensivos e complexos.
4. É importante, então, que se discuta e estabeleça uma pactuação técnica e política quantos aos seguintes pontos sensíveis da abordagem das crises:
 - protocolos técnicos com diretrizes de fluxo, estabelecimento de competências e responsabilidades dos serviços de urgência, hospitalares e não hospitalares – destaque para as pessoas com sofrimento mental com problemas clínicos, intoxicação e abstinências por álcool e outras drogas;
 - definição do sistema de retaguarda e apoio matricial de cada serviço de urgência em saúde mental, na cidade e por distrito;
 - protocolo de avaliação e classificação de risco em todas as portas de entrada de saúde mental discutida e incluída no protocolo – exigência de estabilização inicial em quadros graves, contato prévio antes da transferência; e
 - protocolos clínicos específicos: abordagem das crises, tranquilização medicamentosa e continência/contenção, protocolos de transferência de cuidado/*handover*.
5. A RAPS, em articulação com a RUE, deve ativar iniciativas e estratégias que possibilitem a construção do cuidado colaborativo entre elas, tais como:

- a capacitação cruzada entre RAPS e RUE – urgências clínicas e de saúde mental; e
- a pactuação de ciclos de melhoria contínua do cuidado, com o gerenciamento continuado de incidentes críticos, quase eventos, e eventos sentinelas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011) a partir de casos concretos e iniciativas semelhantes.

1.2 DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO DA CRISE E URGÊNCIA NA RAPS

A abordagem das crises implica vários níveis de ação que estão inter-relacionados e que dizem respeito à articulação e especificidade de todos os pontos de atenção da RAPS e da RUE. Algumas diretrizes e condutas deveriam ser inerentes a determinados pontos de atenção em razão da sua função e particularidades de inserção na REDE. Entretanto, esses aspectos são de interesse de todos.

O primeiro núcleo de intervenções, na entrada em cena da equipe, é a realização de uma leitura da crise em termos de risco e vulnerabilidade.

Em seguida, vêm as intervenções clássicas de qualquer **abordagem de urgência**³: as avaliações clínicas do estado geral físico e

3 A articulação adequada desses aspectos da abordagem é objeto dos sistemas e escalas de avaliação e classificação de risco, os quais não serão discutidos aqui.

mental, a sequência básica de verificação das funções vitais necessárias ao suporte da vida (o ABCD), os dados vitais, incluindo saturação de O₂ e glicemia capilar em alguns casos. No final dessas duas operações, poderemos situar o nível de gravidade, urgência e prioridade clínica do caso e, se possível, efetuar um diagnóstico, mesmo que ele seja apenas voltado para o conjunto de sinais e sintomas predominantes, a síndrome clínica presente e não o transtorno em si.



Saiba Mais

Os Sistemas de Classificação de Risco mais conhecidos e validados são o de Manchester, o Canadense e Australiano. Todos eles, com relação à saúde mental, têm virtudes e deficiências. Os dois últimos trabalham a classificação de risco em saúde mental de forma temática e usando categorias e linguagem próprias da saúde mental. O Sistema de Manchester tem outro modelo de construção e não trabalha a urgência de saúde mental como um campo específico ou temático. As suas “entradas” relativas à saúde mental tem pontos de corte – discriminadores gerais – muito bons, para não deixar escapar problemas médicos que podem se manifestar com sintomas e quadros psiquiátricos. Em nosso país, A Política Nacional de Humanização desenvolveu um documento para orientar os profissionais do SUS com relação ao Acolhimento com Classificação de Risco, que vale a pena ser lido.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. Emergency triage: Manchester Triage Group. 2. ed. London: Blackwell Publishing, BMJ Books. 2006.

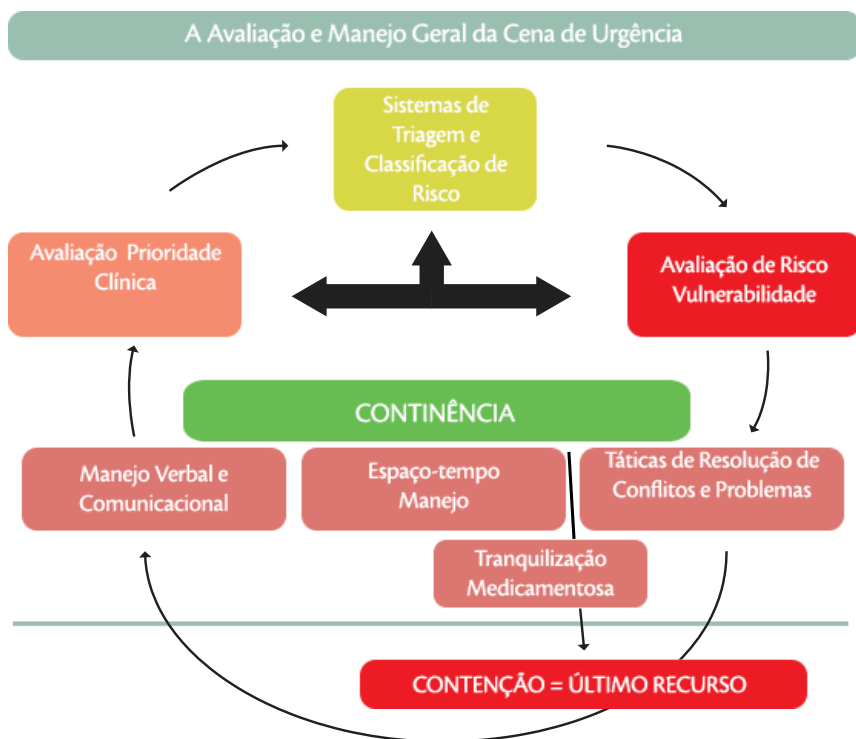
AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Health and Ageing. Emergency triage education Kit. Triage Workbook. Commonwealth of Australia, 2009.

BULLARD, M. J. et al. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) implementation guidelines. CJEM, Ontário, v. 10, p. 136-142, 2008.

Em segundo lugar, há um conjunto de ações que são agrupadas no conceito de Continência. São intervenções que, desde a entrada em cena visam modular, atenuar e reduzir o risco, a tensão, o conflito e o sofrimento ali presentes. O manejo dos aspectos verbais e não verbais da comunicação, a atenção e o manejo da delicada dimensão espaço-temporal da crise e a utilização de táticas de resolução e gerenciamento de conflitos e problemas são os elementos básicos da Continência. As

suas ações operam na contracorrente das ações de força e contenção, prevenindo intervenções de risco para o usuário e para a equipe. É necessário ressaltar que as medidas de contenção, na medida em que restringem espaço, movimento e liberdade, não importa se utilizados os meios físicos, mecânicos ou medicamentosos, são procedimentos de último recurso.

Figura 2 – Avaliação e manejo geral da cena de urgência



Fonte: elaborada pelo autor.

1.2.1 Abordagem da crise: o A.C.E.N.A. na avaliação da Cena, Risco e Vulnerabilidade

Na atenção à crise, sugerimos algumas recomendações úteis para a abordagem e intervenção a partir de uma boa leitura da cena de urgência, o que é um imperativo na urgência traumática e também tem sua validade em outros campos, como a saúde mental.

A avaliação de cena é a análise imediata que se deve fazer em uma cena de urgência para detectar, pela leitura da composição e articulação de seus elementos, indícios do ocorrido e riscos ali presentes, inclusive para a equipe de abordagem. Portanto, trata-se de um procedimento muito adequado à abordagem da crise, com a diferença de que em nosso campo é necessário articular risco e **vulnerabilidade**.

Há que se frisar que, ainda hoje, existe uma ênfase muito grande no conceito de risco, seja nos principais sistemas de avaliação e triagem de urgência, seja nos protocolos e diretrizes de abordagem da crise do campo psiquiátrico. Basta citar que dois dos sistemas de classificação de risco mais utilizados e reconhecidos no mundo, o de Manchester (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006) e o Australiano (AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2009), utilizam o “risco para si e para outrem”, em termos de agressão e violência, como o eixo principal de determinação do grau de urgência.

Conforme apontamos anteriormente, o risco, num sentido mais amplo e adequado à realidade, não pode ser dissociado da **vulnerabilidade da pessoa em sofrimento mental**. O conceito de vulnerabilidade nos remete ao campo de fatores relacionados à probabilidade de uma pessoa ser vitimizada (sofrer violência), abusada sexualmente, intimidada, assediada ou explorada pelos outros, segundo uma definição corrente (UNITED KINGDOM, 2007; NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2005). Mas, na nossa avaliação, a vulnerabilidade da pessoa em sofrimento se estende também aos problemas relacionados

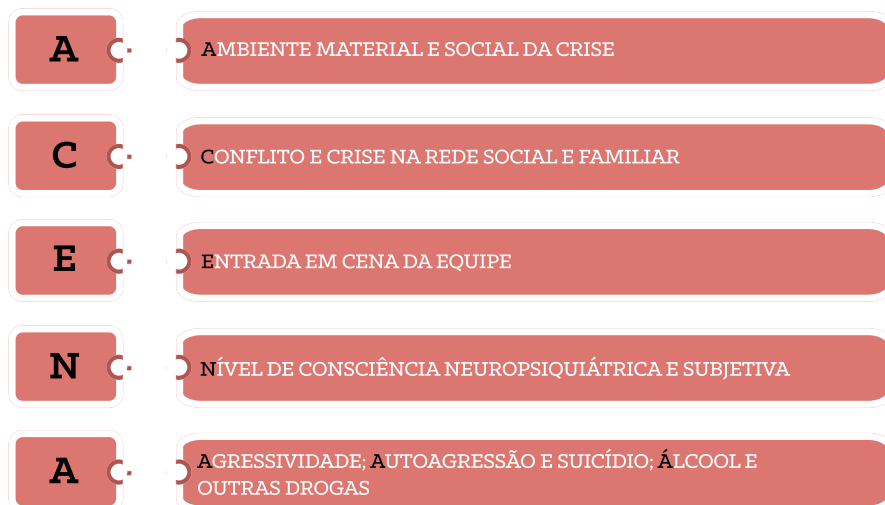
ao suicídio, à autoagressão em geral, à negligência e autonegligência, bem como aos fenômenos relacionados ao preconceito, discriminação e processos de exclusão a que estão sujeitas essas pessoas. A vulnerabilidade, muito mais do que o conceito de risco, expressa com maior rigor o contexto básico da experiência histórica e social da pessoa que apresenta sofrimento mental em nossa sociedade. Felizmente, essa compreensão ampliada começa a aparecer em nosso país, por exemplo, no âmbito das discussões sobre o acolhimento e classificação de risco da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2009).

Avaliação da Cena

A avaliação da cena da crise, que consiste na leitura das diversas dimensões que atuam no seu contexto concreto de origem e sustentação, é o elemento básico e inaugural da avaliação de Risco e Vulnerabilidade. Ela envolve a detecção dos elementos de risco ambientais e materiais, comuns a toda avaliação da cena no campo das urgências, os quais são muito relevantes nas abordagens domiciliares e de rua, sejam aquelas realizadas pelo SAMU, Equipes de Saúde da Família ou da Saúde Mental. A avaliação da cena deve ser resgatada no ambiente de transferência de cuidado entre equipes de abordagem *in loco* e aquelas que farão a continuidade da assistência, por exemplo, na interface entre SAMU e CAPS.

No campo da saúde mental, a avaliação da cena clássica deve ser complementada pela avaliação dos itens atinentes à particularidade da crise. Para facilitar essa leitura, produzimos um mnemônico, o ACENA. O ACENA tem-se revelado um bom instrumento quando se aborda a crise, principalmente no domicílio ou em via pública, mostrando assim um potencial de utilidade para a prática de outros profissionais e serviços. Nesse sentido, faremos em seguida uma explanação de cada um dos seus itens.

Figura 3 – Crise: avaliação da cena



Fonte: elaborada pelo autor.

O primeiro **A do ACENA** é um componente comum da avaliação em todas as urgências clínicas e traumáticas. Seu objetivo é lembrar a equipe de avaliar os aspectos do **Ambiente** material, social e humano na crise, envolvendo o macro e micro ambiente, as variáveis demográficas e contextuais, que são elementos específicos de risco. Temos assim o Território, suas características materiais, sociais e políticas, suas vias de entrada e saída, seus fluxos materiais e humanos. Principalmente para as equipes e profissionais que realizam o atendimento domiciliar ou em via pública, o conhecimento do território é vital para a abordagem da crise.

Depois, teremos a moradia e os seus arredores imediatos, uma dimensão que por si mesma vai nos dizer muito sobre a própria crise e a rede social e familiar envolvida, nos apontando possíveis causas e, também, soluções.

Nos detalhes da cena, observaremos aspectos específicos de risco, como a presença e acesso aos meios de suicídio, violência (altura, vias movimentadas, frascos e embalagens de venenos, cartelas de medicamentos vazias, armas ou objetos que podem virar armas, entre outros), a presença de álcool e drogas ou artefatos e indícios do seu uso (cachimbos para o uso de crack, seringas, garrafas vazias, entre outros), bem como aspectos da casa ou de relações humanas que denotem autonegligência ou negligência no cuidado de quem apresenta sofrimento mental, ou de crianças ou idosos.

Consideram-se também nesse cenário os aspectos sociais e demográficos da cena, tais como: composição da família e da rede social, renda, trabalho, condições de vida, nível educacional... a cultura em sua materialidade. E não se deve esquecer de variáveis como sexo, gênero, faixa etária e ciclo de vida, que possuem influência e relação com fenômenos como agressividade, violência, suicídio e prevalência de determinados transtornos.

Todos esses aspectos, um conjunto de elementos quase fotográficos, ajudam a determinar os riscos e a vulnerabilidade da situação para o profissional, sua equipe, os familiares e a pessoa com sofrimento mental.

O **C do ACENA**, nos lembrará **Crise** e **Conflito** no laço social e o fato de que os elementos da rede social e familiar são muito importantes para determinar os aspectos de urgência de uma crise, modulando o grau de gravidade, risco e vulnerabilidade e os resultados da crise. Aqui se inserem os graves e complexos problemas relativos ao circuito violência, agressividade, vitimização como destacamos anteriormente, mas não podemos nos esquecer de aspectos básicos ligados ao laço familiar. As relações familiares da pessoa em sofrimento mental, o nível de conflito, hostilidade e o padrão de envolvimento emocional são fatores determinantes, por exemplo, para taxa de crises, recaídas e hospitalização (VAUGHN, LEFF, 1976; MAROM, 2005).

O **E do ACENA** nos remete à **Entrada em Cena da Equipe**. Como discutimos anteriormente, ao entrar em cena, a equipe passa a fazer parte dela. É muito importante, desde a solicitação, analisar a estrutura da demanda, quem a formulou, as expectativas geradas. Esses aspectos vão determinar a forma e detalhes importantes para a entrada em cena da equipe, a qual passa a ser um elemento decisivo para o curso da crise e sua superação.

Na fase **N do ACENA** vamos observar, em primeiro lugar, o nível de consciência no sentido neuropsiquiátrico, ou seja, o estado de alerta e resposta ao meio, tais como avaliadas na Escala de Coma de Glasgow. Esse procedimento é algo já incorporado, por exemplo, na prática dos profissionais do SAMU e serviços de urgência que trabalham com Sistemas de Triagem e Classificação de Risco. Nesses ambientes, a alteração do nível de consciência é uma variável de primeira ordem para determinar o grau de urgência e a prioridade clínica (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006).

Esse nível neurológico deve ser ampliado no sentido psicopatológico e da subjetividade, abrangendo a consciência do momento e do contexto, seja quanto às coordenadas de orientação no tempo, espaço, ou quanto à situação do sujeito, o que requer um bom funcionamento global da consciência em si e das diversas funções psíquicas.

Aqui se insere o aspecto mais decisivo da consciência, quando se fala de crise e urgência. Trata-se da posição do sujeito diante de sua situação: como uma pessoa que vivencia uma crise, decerto, mas também como um sujeito de direitos e deveres, protagonista de sua própria existência em relação com o mundo. Essa dimensão, não custa enfatizar, determinará o nível de consciência em relação ao seu contexto de crise, seu sofrimento, o seu teste de realidade, interferindo, assim, na capacidade de escolha e no consentimento e adesão às propostas e ofertas de cuidado e assistência da equipe.

A última letra **A** indica a necessidade de se observarem três aspectos que, reconhecidamente, acentuam o nível de risco e vulnerabilidade nas crises:

1. A presença de **Agressividade** e violência sofridas ou cometidas, seja atual, ocorrendo no momento da abordagem, ou na história anterior imediata ou no passado são aspectos determinantes para caracterizar risco e vulnerabilidade na cena da crise. Trata-se de um componente clássico da avaliação de risco, o qual tem que ser ampliado para as questões relativas à vitimização e vulnerabilidade por pessoas com sofrimento mental (UNITED KINGDOM, 2007; NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2005). É muito importante, na avaliação da cena, saber que a agressividade que se observa tem uma história e, pode ser reativa a diversas formas de violência sofrida em momentos anteriores. Outros sintomas, como agitação, atividade alucinatória ou delirante, angústia, ansiedade, alterações do nível de consciência, podem estar presente, dependendo do quadro global e do transtorno.
2. A presença de **Autoagressão** na cena atual ou na história anterior, manifesta na forma de suicidalidade (ideação, plano, atos preparatórios, tentativa e suicídio) ou lesões autoinfligidas sem aparente ideação ou comportamento suicida, é um elemento fundamental para a detecção de risco e vulnerabilidade. É preciso lembrar que pessoas com sofrimento mental grave têm no suicídio a principal causa de morte e a sua prevalência é muito maior do que a da população geral (HARRIS, BARRACLOUGH, 1997; 1998). As lesões autoinfligidas, mesmo sem explícita ideação suicida, particularmente, as de repetição, as quais são objeto de negligência e até descaso nas urgências, devem ser tomadas a sério, na avaliação da cena e no seguimento, pois a consumação posterior de suicídio nesses sujeitos é bastante alta (ZAHL; HAWTON, 2004).

3. A presença explícita ou indícios de **Álcool e outras drogas** (intoxicação, havendo dependência ou não, uso abusivo, dependência e abstinência) se correlacionam com aumento importante no risco e vulnerabilidade, seja para a urgência em saúde mental, seja para o âmbito da urgência em geral. A sua importância para a saúde pública e seu impacto nas crises no campo da saúde mental são hoje evidentes, em termos de prevalência e como um fator de incremento de fenômenos como violência, agressividade e suicídio na população em geral e por pessoas com sofrimento mental (ELBOGEN, JOHNSON, 2009; FAZEL et al., 2009; STEADMAN et al., 1998; BERTOLETE, FLEISCHMANN, 2002).

1.2.2 Recomendações sobre a Continência das Crises

Vejamos agora algumas recomendações importantes para a continência das crises.

a) **Relativas à entrada em cena e postura da equipe**

- É necessário reconhecer, em primeiro lugar, que chegamos de fora, somos estrangeiros em relação à cena, não apenas quando a abordamos na rua ou domicílio. Assim, o encontro é imprevisível, inclusive porque a demanda em saúde mental, particularmente na crise, costuma ser feita por outrem, um familiar, às vezes sem comunicação prévia à pessoa com sofrimento mental.
- Os sujeitos em crise podem estar vivenciando experiências psicopatológicas extremas de invasão do seu espaço, da sua mente e do seu corpo, o que exige cuidado, sensibilidade e delicadeza para não sermos mais um “invasor”.
- É preciso recolher todas as informações possíveis para caracterizar a demanda e aquelas necessárias para entrar em ação (território, vias de acesso, endereço entre outros), principalmente se for um atendimento domiciliar ou de rua (HOULT; COTTON, 2008).

Certificar-se do pedido de ajuda, caracterizá-lo, saber quem o acionou, quais são os informantes-chave e quem é nomeado como o “portador” da crise.

- Ao iniciar a abordagem, seja na planta de um serviço de saúde ou em qualquer local de atendimento, fazer a identificação do serviço e da equipe (nome dos profissionais, função).
- Identificar a pessoa com sofrimento mental e as pessoas de referência dentro da rede familiar e social.
- O membro mais experiente da equipe deverá coordenar as ações e estabelecer o diálogo. Atenção para o fluxo das emoções, dos afetos e dos processos de vinculação do usuário. Eles podem oscilar ou modificar ao longo da abordagem, a ponto de requisitar a mudança de interlocutor.
- Atuar como equipe, sendo que a coordenação das ações e o treinamento prévio serão vitais. Ações isoladas devem ser bem calculadas, nunca se deixando um membro da equipe sozinho, por exemplo, com alguém escalando para a violência.
- Lembrar que, em razão da complexidade das crises, independente da quantidade de informações e experiência que uma equipe tenha, a cena local será, muitas vezes, surpreendente, exigindo de nós flexibilidade e inovação.

Sumarizamos, a seguir, essas orientações.

Quadro 1 – O “desfiladeiro” da entrada em Cena

- Nossa equipe chega de fora - é um Outro, um estrangeiro. Como se comportar como estrangeiro na casa do outro?
 - Passo básico: identificação do serviço, profissionais, função.
 - Certificar-se do pedido de ajuda, caracterizá-lo, quem acionou, os informantes-chave, quem é o nomeado que está vivenciando a crise.
 - Comparar o quadro encontrado com a entrada do pedido na regulação.
 - A equipe entra numa rede de relações humanas e sociais em crise, conflito, ruptura, ameaçada.
 - Emergência: surgiram componentes que ameaçam a estabilidade e sobrevivência da rede de relações.
 - Entrada de um novo ator pode ser estabilizadora ou aumentar a desagregação. Sinalizar ameaça.
- > Não está em jogo uma ameaça das funções vitais, mas um complexo sistema de relações humanas e sociais.

Fonte: elaborado pelo autor.

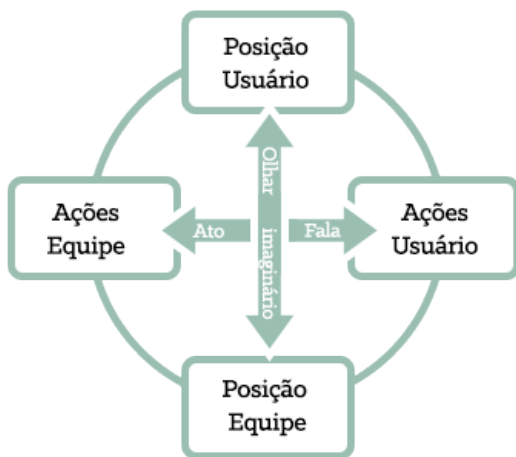
b) Relativas à interação, comunicação e resolução de conflitos e problemas

As relações humanas são, em grande medida, especulares: estamos sempre reagindo, de forma automática e impensada, às posturas e ações de outras pessoas, dadas também em resposta às nossas próprias. Aqui se revela a posição do sujeito em relação a si mesmo e aos outros, ou seja, a subjetividade e as posições subjetivas são, na sua raiz, intersubjetivas, construídas na relação social. Essa é a base em que se assenta o nosso imaginário, as nossas fantasias, as representações sobre si e os outros, os nossos juízos, bem como os aspectos interativos como a fala, o discurso, as posturas, os gestos, o olhar, a expressão facial e vários outros elementos que sinalizarão para o interlocutor uma posição subjetiva.

Ao entrar em uma cena e fazer a sua leitura, inevitavelmente, encontraremos o usuário e sua posição subjetiva. Formaremos opiniões e juízos de valor. Às vezes, já tomamos posição antes de entrar em cena, a partir de dados gerais do pedido, como por exemplo, quanto

ao local, a região de onde partiu o chamado. Isso tudo nos produz uma determinada postura e ações verbalizadas ou não, as quais levarão a reações, respostas em nosso interlocutor. Para complicar, essas posturas e ações são condicionadas, não somente pela nossa experiência, formação profissional e não profissional, mas também por nossos preconceitos, medos, fantasias e outras dimensões da nossa subjetividade, em grande parte inconscientes. E, evidentemente, o usuário, sujeito de nossas intervenções, vivenciará um processo semelhante diante do encontro conosco e o fará, com certeza, com mais intensidade em razão da sua condição peculiar de sofrimento, que pode ser intensificada pelo fato da intervenção ser demandada por outrem e ele estar na posição de um objeto. Engendra-se um processo de ações e reações espelhadas que, se não manejadas com sensibilidade e inteligência, desencadeia uma profusão de emoções, sentimentos e atos cujo desfecho é imprevisível.

Figura 4 – Interações especulares: ação e reação



Fonte: elaborado pelo autor.

Nas crises, dado o turbilhão emocional que lhes é comum, é relativamente mais fácil, a outros contextos de atendimento, as equipes se enredarem em relações especulares, de ação e reação com os usuários, sem reflexão e ponderação. Nesse sentido, alguns autores e estudos (DIX, PAGE, 2008; WAY, BANKS, 1990; FISHER, 1994) nos advertem que:

- grande parte da agressividade e violência no ambiente psiquiátrico, principalmente no regime de internação, ocorre na interação usuário-equipe;
- a taxa no uso de medidas como a contenção não está relacionada à gravidade dos casos, mas à cultura da instituição e ao perfil de relações equipe-usuário;
- a violência e a agressividade ocorrem geralmente na implantação de medidas que não contam com o consentimento do usuário;
- medidas coercitivas são frequentemente implantadas com objetivos de retaliação ou comodidade da equipe.

Portanto, devemos observar alguns princípios que orientam as nossas intervenções:

- estar atento à postura e à missão, mantendo-se sempre focado no objetivo. Procurar ser claro, usar frases curtas e objetivas. Escutar, permitir tempo e espaço para a fala do usuário e dos familiares, procurando delimitar o problema e conflito central a partir dos enunciados;
- não ser reativo. Se houver algum tipo de provocação a si ou à equipe, manter-se concentrado, rememorando a sua função ao interlocutor;
- nunca enveredar por situações nas quais o usuário, já ameaçado, sinta-se mais acuado. Não colocar alternativas do tipo tudo ou nada, ganhar ou perder. Tentar alinhar os seus objetivos com o do usuário (DIX; PAGE, 2008).

- não se esquecer de que estaremos abordando pessoas atordoadas por delírios e alucinações, cujos conteúdos, aparentemente absurdos, jamais devem ser depreciados ou sequer confrontados. Deveremos aprender a lidar com essas situações de forma sensível e inteligente, sendo que para cada caso haverá uma resposta singular;
- saber intervir na rede familiar e social, não restringir as intervenções ao usuário em crise. Atentar para pessoas e familiares que são referência e têm a confiança do usuário e solicitar, com tato e gentileza, a saída de cena de um familiar que seja fonte de conflito e tensão.

Aspectos da comunicação

A comunicação verbal e não verbal na crise pode ser fonte de equívocos, desencontros e conflitos e, ao mesmo tempo, possibilitar saídas, produzir sentido e significados. Destacamos a seguir algumas ponderações e recomendações.

Ponderação I

Figura 5 – A ilusão de uma comunicação terapêutica e transparente

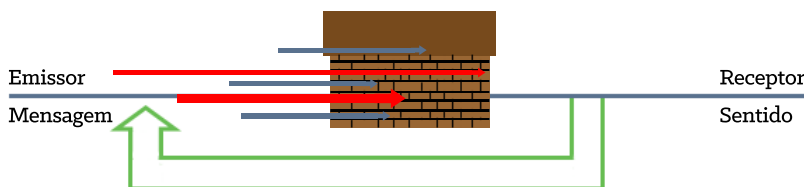


- A ilusão de uma relação linear em que a mensagem é nítida, transparente e sempre chega ao receptor.
- A crença na comunicação como técnica pedagógica e terapêutica.
- O terapeuta, o médico, o técnico, como portador do bem dizer, do bem fazer, do bem viver.

Fonte: elaborado pelo autor.

Ponderação II

Figura 6 – O muro da comunicação humana



- **A comunicação humana é complexa e multideterminada.**
- **Pode ser a fonte de equívocos, desencontros, conflitos.**
- **O sentido da sua mensagem depende do outro como receptor.**

“O interlocutor confere significado à mensagem, desenvolvendo a relação comunicativa. O significativo conferido pode inclusive ser o oposto do pretendido pelo emissor”.

Fonte: elaborado pelo autor.

Recomendações:

- é necessário singularizar ao máximo o diálogo – considerar cada intervenção, cada contato, como se fosse o único. Identificar os protagonistas, contextualizando os aspectos sociais, econômicos e culturais da linguagem e comunicação;
- manter-se calmo, ser objetivo, evitar declarações longas, manter o foco, identificar as necessidades, demandas, prioridades e contextos, mais do que diagnósticos;
- entender que o sentido de uma mensagem não se encerra nela mesma e depende do outro, vem do outro, do receptor da mensagem. Reforçar a escuta, economizar falatório, conselho, orientações e soluções prontas;
- procurar as soluções para os problemas e conflitos nos discursos, nas falas dos atores envolvidos e, caso alguma solução possa ser

colhida na fala de um familiar ou da pessoa com sofrimento mental, apresentá-la a ele e confirmar ou não a sua leitura. Sempre buscar o consentimento do usuário (DIX, PAGE, 2008; HOULT, COTTON, 2008; NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2005) e de sua rede social, valorizando a palavra; e

- controlar os elementos não verbais da sua fala: o tom, a cadência, o ritmo e a adequação da fala e das mensagens.

Os elementos não verbais da comunicação humana, as posturas, gestos, olhar, expressão facial são tão importantes quanto os verbais (DIX; PAGE, 2008; TARDIFF, 2006; NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2005). Portanto:

- evitar posturas que possam ser defensivas ou confrontadoras. Não se posicionar de frente, encarando;
- não colocar as mãos na cintura ou cruzar os braços no tórax, por exemplo. Posicionar-se no mesmo nível. Se o paciente estiver sentado, sentar-se, mas estar atento;
- tentar assegurar-se de que sua expressão facial, seu olhar não seja de intimidação ou reprovação;
- o tom de voz, a altura e o ritmo da fala devem estar articulados ao conteúdo e ao problema em foco;
- manter uma distância segura (para o contato humano em geral, sem a intimidade do dia a dia, recomenda-se cerca de 1 metro). Se houver agressividade, ou a situação estiver se encaminhando nesse sentido, dobrar a distância;
- não tocar na pessoa em crise: toques e manifestações de “compreensão” física somente são possíveis em situações muito particulares, quando o profissional conhece bem o usuário ou depois de a situação tensa se desfazer;
- estar atento à adequação entre os aspectos verbais e os afetivos e não verbais da comunicação.

Quadro 2 – O “muro” da comunicação humana e o manejo possível

- 1) Se o sentido da mensagem vem do outro > se reforça a escuta > o colocar o saber prévio entre parênteses.
- 2) É necessário singularizar ao máximo o diálogo - considerar cada intervenção, cada contato, como se fosse único.
- 3) Pessoas com T. Mental podem estar falando uma “outra língua”: a de delírio ou de afetos inatingíveis para nós.
- 4) Sempre contextualizar o contato - levar em conta os aspectos sociais, econômicos e culturais da rede social e familiar
- 5) A palavra em si não traz todo o sentido - ela evoca significados; daí a importância do elemento não verbal.
- 6) Os elementos não verbais da comunicação humana são decisivos nas situações de crise.

Fonte: produzido pelo autor.

c) Relativas ao manejo das dimensões espaço-temporais

No modelo manicomial, o manejo do espaço e tempo está diretamente relacionado ao controle, à disciplina, à vigilância e à padronização. O que está em jogo é a moldagem e o assujeitamento do corpo e da mente das pessoas com sofrimento mental ao espaço e tempo impostos dos serviços, a sua organização do processo de trabalho.

O campo da Reforma, portanto, tem de considerar tais questões. Espaço e tempo são aspectos muito sensíveis para se analisar um dispositivo, um serviço, para dimensionar o quanto conseguiu, de

fato, ser usuário-centrado ou se continua um serviço centrado e organizado pelas suas próprias necessidades, sua burocracia, e não pelas demandas dos usuários.

Em nosso modelo de cuidados e na prática da continência, não deixamos de considerar o espaço e tempo na sua dimensão quantitativa, e muito menos, na sua formatação coletiva, os espaços e tempos comuns, os momentos de troca e encontro, os lugares e a arquitetura adequados. Mas devemos saber que espaço e tempo são apropriados, são subjetivados por cada indivíduo, exigindo, assim, singularização dentro da diversidade e a observância das particularidades, seja de gênero, sexo, etnia ou cultura. Se conseguíssemos que a singularidade e a diversidade recortassem e organizassem o espaço e o tempo dos nossos serviços e intervenções, com certeza isso seria um grande passo para superação da lógica e modelo manicomial.

Para ilustrar as dimensões envolvidas e o processo de abordagem de uma situação de crise, apresentaremos, a seguir, o caso de Noé.

Caso clínico: Noé

Situação

Noé é um morador de rua que está em crise e delirante, fazendo arranjos fantásticos, verdadeiras instalações artísticas, com galhos de árvore e quinquilharias, na frente de uma concessionária de veículos. O dono exigiu uma intervenção de urgência do poder público.

Contexto

Noé habita em uma avenida de uma grande metrópole brasileira e faz arranjos que incomodaram o dono da concessionária. Em outro segmento dessa avenida, mais adiante, perto de um Shopping Center, ele cata pedras, quebra passeios para extrair concreto e constrói trilhas, traçados, num terreno vazio. De uma passarela percebe-se que há lógica, um desenho no seu traçado. Seu labor é sem fim. De

manhã numa ponta, à tarde e à noite, noutra. Está ali há alguns meses e muitos o conhecem. Estes disseram que Noé havia intensificado o seu trabalho, parecia ter urgência, cuidava-se pouco, dormia no seu “canteiro de obras”, nem mais estava procurando a marquise e um cantinho num bar, onde o dono, além de fornecer-lhe café e comida, deixava-o dormir.

O dono da concessionária exigiu uma posição. A equipe de abordagem da população de rua fez os primeiros contatos com ele, levando o caso à discussão no Centro de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS III) da região. As duas equipes passaram a acompanhar Noé em seu território.

História

A história de Noé assemelha-se a de muitos moradores de rua. Não tinha, a princípio, uma história. Estava ali e pronto, sem passado ou futuro. Não se sabia de onde vinha ou se tinha parentes. Quando indagado sobre a família, atalhava: “passado é passado”... “deixa os inocentes quietos”. Na maioria das vezes dizia que era Noé, mas também, se nomeava Adão e, algumas vezes, “Jesus, o Benedito”.

Avaliação do estado mental

Noé tinha a consciência clara, estava orientado auto e alo psiquicamente no seu espaço, território e tempo próprio, regido por sua obra. Muito delirante, às vezes dava tapas no ar, no espaço contíguo da orelha e cabeça, como se quisesse afastar alguma coisa, como se ouvisse algo o admoestando. Nesse momento, tinha algumas explosões verbais: “me deixa demônio, sua besta... sai de perto da minha obra... sua obra é o inferno”. Não denotava comportamento agressivo. Muito desconfiado nas primeiras abordagens, depois passou a ser afável. Recentemente, não estava mais se importando em se alimentar. Ficava com frequência ao relento demonstrando sinais de autonegligência. Às vezes se expunha, quando eventualmente trocava de roupa em público, sendo admoestado e agredido verbalmente pelos transeuntes.

Avaliação clínica

Parecia ter uns 40 anos. Estava emagrecido, a higiene era precária, mas um detalhe importante: cuidava muito bem dos seus dentes, grandes, bem ordenados, branquinhos, limpos, e não se apartava da sua escova. Estava com a pressão arterial moderadamente elevada, em medidas subsequentes. Aceitou tomar medicação e cuidar dela, depois de algumas abordagens. O restante do exame físico estava dentro dos padrões de normalidade. Segundo ele e os conhecidos, não usava álcool ou outras drogas.

1.2.3 Ambiente da crise: território, rede social e singularidade dos projetos terapêuticos na Reforma Psiquiátrica

A história de Noé nos ensina que a crise precisa ser analisada, no mínimo, em três dimensões, que estão ilustradas no diagrama abaixo:

Figura 7 – Reforma Psiquiátrica: as dimensões de uma crise



Fonte: elaborado pelo autor.

A clínica

Noé estava, de fato, delirante, em um delírio de reconstrução do mundo, muito consistente e sistematizado, o qual nos foi segredando aos poucos, nos diversos contatos. Certo aspecto desse delírio o deixa vulnerável – ele não se protege, vive ao relento, sob a chuva, ventos e trovoadas. Tal como ele disse: “foi dito, o homem precisa apenas da terra, do ar e da água da chuva”. A dimensão clínica de uma crise é muito importante e decisiva, envolvendo sintomas e sinais, possíveis diagnósticos, sua gravidade e agudeza e a existência de comorbidades (outro transtorno mental, uso de álcool ou outras drogas ou doenças clínicas). Essa perspectiva compõe a maioria dos textos, livros e sistemas tradicionais de classificação de risco e urgência em geral (GLICK et al., 2006; QUEVEDO, SCHMITT, KAPCZINSKI, 2008; CORDEIRO, BALDASSARA, 2007; MACKWAY-JONES et al., 2006).

Entretanto, embora necessária, a dimensão clínica estrita na saúde mental, não é suficiente para caracterizar os aspectos importantes de uma crise, tais como o seu grau de urgência, o risco e a vulnerabilidade presentes, e, muito menos, para delimitar e decidir sobre aspectos mais complexos de natureza ética e jurídica, relativos à capacidade e responsabilidade legal, à escolha, consentimento e voluntariedade do tratamento. Alguns autores reforçam essa questão e nos orientam a colocar a dimensão clínica, principalmente quando restrita à doença e diagnósticos, entre parênteses, para que se possa revelar o sofrimento do usuário em toda a sua amplitude existencial e relacional (DELL'ACQUA, MEZZINA, 2005; ROTELLI, 1990).

Território, laço social: rede social e familiar

O caso de Noé expressa uma reação social frequente ante os moradores de rua. A convocação de uma equipe da população de rua para fazer uma abordagem enuncia uma ordem vertical, do tipo: “retirem este louco da rua que ele está atrapalhando os negócios da cidade”. A equipe de abordagem de rua, a qual, na sequência, solicitou a colaboração do

CAPS III de referência para o território. Essa segunda equipe buscou se inteirar do contexto logo nas primeiras abordagens de Noé, verificando a existência de outros atores, como os vendedores ambulantes e pequenos comerciantes da orla de uma favela, a um quilômetro de distância da concessionária, local de circulação de nosso personagem. Essas pessoas tinham uma boa relação social com Noé, gostavam dele, forneciam alimentação e roupas, e não faziam demanda ou pressão para retirá-lo da rua.

Relataram que ele era dócil, “um santo”, e nunca tinha incomodado ninguém, características comprovadas ao longo das semanas seguintes pelas equipes que o atendiam. Noé não via necessidade da intervenção de ninguém e nem de tratamento. Apenas queria continuar a sua missão, pois seus arranjos tinham relação com uma reconstrução do mundo.

Esses aspectos do caso nos apontam um componente muito relevante de uma crise. Trata-se do fato de que o Território e a Rede Social do sujeito nos aportam o contexto, o seu enquadramento, a cartografia possível de uma crise e as possibilidades de se traçar um percurso singular para a sua abordagem. Aspectos mais objetivos da rede social e familiar de suporte são também importantes, tais como sua extensão e composição, recursos disponíveis, renda, trabalho, moradia, serviços sociais, equipamentos de lazer e cultura.

Os aspectos relativos à forma e à qualidade das relações humanas e sociais dentro da rede social e familiar compõem o que designamos como laço social.

4 O termo Laço Social se refere, aqui, ao fato de que o sujeito da crise é coletivo, e não individual. O que está em crise é um conjunto de relações sociais. Nesse sentido, a pessoa “portadora” da crise não pode ser tomada como um mero exemplar biológico da espécie ou um indivíduo isolado (DELLACQUA; MEZZINA, 2005). O indivíduo, como um membro da coletividade humana, é a síntese de suas múltiplas relações e somente poderá se individualizar no contexto de relações sociais determinadas, numa dada sociedade e tempo histórico (MARX, 1983). Assim, a essência e o tecido da crise envolvem o Laço Social, as posições subjetivas e de poder em relação, em conflito como condição de emergência de um sujeito singular e da possibilidade de tomada de posição por esse mesmo sujeito, como veremos a seguir.

Essa dimensão do contexto e do **laço social**⁴ vai ser tão ou mais decisiva do que o quadro clínico na modulação e qualificação do risco, da vulnerabilidade e do grau de urgência de uma crise. Para que se perceba sua importância, basta nos reportarmos a um contexto muito comum e frequente na abordagem das crises em nossos serviços. Trata-se da situação em que os sujeitos apresentam quadros delirantes e alucinatórios muito bem definidos e até muito parecidos. Sua apresentação e seu desfecho serão muito diferentes em um contexto de uma rede social e familiar intacta, solidária, preocupada e acolhedora, em contraposição a outra rede social e familiar em conflito, com pessoas impacientes, que se agredem mutuamente.

A crise de Noé, enunciada no contexto de suas relações sociais, se produz no território. Noé recorta e navega um território que não se compõe apenas da extensão de rua em que perambula, dos pontos e espaços que ocupa, onde dorme e reconstrói o mundo. O território é, antes de tudo, uma dimensão atravessada por relações sociais, de poder e de produção de

sujeitos e atores sociais e políticos. Em uma primeira avaliação, havia uma correlação de forças, desfavorável a Noé, mas depois foi possível verificar que ele tinha a sua rede, forças sociais que o amparavam e que podiam ser fortalecidas. Ele não estava simplesmente à mercê de alguém poderoso ou do poder público, que poderia ter adotado uma posição de força, retirando-o da rua sem o seu consentimento.

Vale acrescentar que, muitas vezes, os serviços e equipes da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Urgência e Emergência cedem à demanda e pressão social por uma intervenção da crise em que a oferta se caracteriza pela internação como resposta. Desse modo, incorre-se no risco de realizar intervenções apressadas, forçadas e involuntárias. O exemplo de Noé mostra como um “louco de rua” ativa a demanda e o incômodo do dono de uma empresa que desencadeia uma série de intervenções: chamada polícia e o SAMU, e o louco é detido e levado à internação involuntariamente. Ignora-se a rede social tecida por esse cidadão, bem como a posição do próprio sujeito em questão e a de outros atores com menos poder.

O conceito de **território** é fundamental para a saúde mental não somente por se tratar da definição de uma área geográfica de responsabilidade dos serviços, mas também pela proximidade dos contextos reais das pessoas, favorecendo o acesso e a interação com o usuário e as dimensões da sua vida cotidiana e da sua **rede social**. Dessa forma, trabalhar no território requer conhecer e operar com os recursos e saberes das pessoas e das instituições públicas e comunitárias (BRASIL, 2005).

O caso de Noé ilustra que é necessário trabalhar em rede, inclusive com os recursos de outras políticas públicas – como as da educação, da cultura e da assistência social. Contudo, há que se ressaltar que mesmo no caso de um morador de rua fragilizado, há uma rede e recursos no seu território que precisamos descobrir, ativar e reforçar.

Ao ativar a rede territorial de Noé, o seu projeto terapêutico tomou um novo caminho, validando e qualificando ações de proteção. Isso foi importante em todos os sentidos, até na possibilidade de uso de medicamentos. Um dos seus pares no território, o dono do bar que lhe fornecia café e alimentação se responsabilizou pela guarda da medicação e de lembrá-lo quanto ao uso. Pode-se assim, usar um antipsicótico para modular o seu delírio e um anti-hipertensivo para

controlar a hipertensão arterial. E, no conjunto, diminuí a pressão para uma intervenção apressada ou forçada sem o seu consentimento.

A posição do sujeito diante de sua crise

Esta segunda dimensão tem um papel determinante na expressão e abordagem das crises, particularmente pelos aspectos éticos e políticos aqui subjacentes. Por exemplo, ao Noé ser indagado sobre a razão de suas trilhas no terreno baldio usando blocos de concreto e pedra que encontrava nos arredores, ele disse: “veja doutor, as pessoas descem do ônibus ali, muitas vezes está chovendo e alaga esta área, então, elas terão um caminho para passar”. Sorriu matreiramente ante a observação de que o motivo não parecia ser somente aquele. Então, ele ficou mais sério e pensativo e disse: “estou iniciando os caminhos do futuro... doutor”. Dentro de alguns dias havia ali um traçado de trilhas de pedra e concreto que só ele saberia deslindar. Noé era, antes de tudo, uma pessoa muito generosa e simpática; esse era um traço pessoal que lhe ajudava.

Como já assinalado, não se trata aqui somente do indivíduo, da pessoa, do eu, de uma personalidade abstrata ou de uma consciência, mas de um sujeito em relação, em rede, inserido na teia do seu laço social. Assim, o sofrimento mental de uma pessoa deve ser tomado desde seu quadro básico, situando-o na dimensão da cidadania e do contrato social, como sujeito de direitos e deveres. Ele é, também, um protagonista no sentido histórico e político, na medida em que resiste e se posiciona diante dos saberes, práticas sociais e políticas (FOUCAULT, 2010), inclusive quanto às políticas de assistência em saúde mental. Deve-se ressaltar, ainda, o que há de mais singular em cada um, a história pessoal sempre única, o nome próprio, o romance, o drama, a tragédia da pessoa e sua família, as dimensões mais íntimas da subjetividade, seus aspectos inconscientes.

A trajetória e a posição da pessoa com sofrimento mental em relação à sua crise, a qual passa pelo ato de considerar-se ou não em sofrimento,

é condição para formulação de uma demanda de ajuda; processo complexo e em estreita relação com os laços sociais. Esse é um ponto crítico, uma vez que a voluntariedade e o consentimento perante o tratamento se relacionam com a posição do portador de sofrimento mental perante a sua crise, bem como com a ruptura ou preservação dos laços sociais e familiares.

O caso de Noé transcorreu a partir de uma intervenção respeitosa, considerando a sua posição subjetiva e temporalidade. Foram necessários múltiplos contatos por cerca de dois meses, com uma a duas visitas semanais, sem contar as conversas com a sua rede de apoio. Somente assim a equipe do CAPS III teve a sua autorização de maneira a colocar em ato algumas medidas consentidas. Posteriormente, com o apoio da sua rede, Noé aceitou, enfim, a acolhida no CAPS III. Durante três meses ele foi melhorando e reconstruindo a sua história. Ele deu pistas que possibilitaram um trabalho metódico, apoiado pelos profissionais da equipe de abordagem de rua, localizando a sua família em outro Estado. Vale dizer que os profissionais da equipe de abordagem da população de rua continuaram acompanhando Noé enquanto ele estava no CAPS, ajudando nesse exercício de reconstrução da sua identidade e cidadania. Noé vive, hoje, com sua família, e se trata na Rede de Atenção Psicossocial do seu município.

Assim, a dimensão clínica, o laço social e a posição do próprio sujeito ante a crise são aspectos determinantes, três dimensões que necessitam ser avaliadas para definirmos uma crise e a sua abordagem. Elas são dinâmicas, interagem e se confrontam, sendo um processo muito mais complexo do que a soma de suas partes. Dimensões que se tornam eixo, indicam direção e tendência, constituem espaços, campos, movimento e são atravessadas pelo tempo. Nas outras áreas da saúde, quando se fala na cena da urgência, recorre-se à analogia com uma fotografia, seus elementos essenciais e seus detalhes decisivos. Todavia, no campo da saúde mental, a crise tem mais proximidade com um filme cujo enredo é complexo. O que está em jogo são histórias

e história, o drama humano múltiplo, multideterminado e a cena da crise compondo-se de um condensado de passado, presente e futuro.

De maneira evidente, Noé, que, aparentemente, estaria só no mundo e se apresentava como um deserdado da cidadania, nos mostra que a crise se dá no território e o território é algo vivo, composto de relações sociais, encontros e desencontros, afeto, ternura, solidariedade, intolerância, preconceito, exclusão. Mostra-nos também que é possível ativar pactos, reconstruir potências e engendrar ações de inclusão, tudo isso respeitando e valorizando o percurso, os tempos e o protagonismo do portador de sofrimento mental.



Saiba Mais

A crise em saúde mental, antes de nos apontar uma doença, um transtorno, nos revela um sujeito, o sujeito em laço social. Não se nega a existência do transtorno, da doença, mas esta é colocada entre parênteses, conforme nos orienta Franco Rotelli, para que surja a riqueza e a complexidade da existência-sofrimento de um sujeito e seu laço social, evitando o reducionismo da abordagem manicomial. Recomendamos, neste sentido, que se leia o texto a seguir: ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICACIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99. Este artigo orientou toda a primeira geração de militantes antimanicomiais. Precisamos manter viva a chama dos textos seminais e clássicos que marcaram a nossa trajetória. Este, em particular, é atualíssimo.

1.2.4 Novos sentidos e predicados no campo da crise

A compreensão da crise como um fenômeno complexo e multidimensional exige uma reordenação teórica e prática no campo tradicional da urgência e emergência. É necessário, inclusive, adotar **novos sentidos e predicados aos conceitos e definições habituais de crise**, conforme apontaremos na discussão a seguir.

A crise é individual e social, objetiva e subjetiva

A crise é um fenômeno complexo, composto por dimensões interconectadas que interagem, com influências mútuas, produzindo vetores, forças, oposições e antagonismos que convivem entre si e formam um todo que é maior e revela uma complexidade que não pode ser vislumbrada pelo simples somatório das partes (MORIN, 1999; MORIN, 2007).

Há na crise uma alteração aguda do funcionamento psíquico em um indivíduo, porém, ocorrida no contexto de sua rede social. Ela é produzida em rede e perturba ou modifica o relacionamento do indivíduo com essa rede (DELL'ACQUA, MEZZINA, 2005; BRIDGETT, POLAK, 2003). Desse modo, há ruptura social e demandas sociais, assim como aspectos bastante objetivos. Há, também, subjetividade e sujeito na crise (DREYZIN, LICHTENSTEIN, 1990; LEGUIL, 1990). Esse sujeito toma posição, a despeito de ser concebido, como pessoa que vivencia a crise, como aquele que rompeu os contratos e as regras sociais.

Assim, diante da crise, não vamos ignorar que haja urgência, pressa, elementos objetivos que nos apontam a necessidade de que há coisas a fazer. Porém, a nossa estratégia principal é criar as condições de possibilidade para que a fala, a palavra, as histórias, os sentidos possam destacar o sujeito da crise (LEGUIL, 1990). Nossa tática deve deixar espaço para que as diversas perspectivas da crise possam emergir, tornando-se ingredientes de remodelagem, ressignificação e superação da crise. Conseguir identificar qual a emoção ou afeto está latente na situação de crise é uma importante ferramenta para um manejo adequado.

A configuração da demanda e a urgência

A discussão sobre a gravidade e o grau de urgência, na teoria geral da urgência, avançou bastante nos últimos anos, e se tornou mais complexa e ampla (BRASIL, 2006; JIMÉNEZ, 2006). Mas, regra geral, a vertente objetiva da demanda continua se embasando apenas nesses critérios.

No campo da saúde mental, os aspectos objetivos estão presentes, mas os fatores mais importantes para determinar a gravidade e o grau de urgência de uma crise relacionam-se à inserção do sujeito na sua rede social, ao grau de conflito, à ameaça de ruptura e à posição do sujeito diante da crise. Em regra geral, ainda predomina uma perspectiva que ressalta os aspectos objetivos da demanda e insiste em quantificar a urgência.

A demanda aparece, com frequência, como demanda do outro e não da pessoa em sofrimento mental. Ela é enunciada por um membro da família, da rede de suporte ou da relação do indivíduo. Aparece também, às vezes, vinculada a representantes do poder, do sistema de segurança ou do jurídico, que demandam uma intervenção.

O agente que demanda, quase sempre tem pressa, urge, exige intervenção imediata, daí a urgência (BRASIL, 2006).

Na nossa perspectiva, é fundamental abrir espaço para a urgência do sujeito, para que ele possa colocar a sua posição, e esse é o diferencial da Reforma Psiquiátrica: passar da urgência segundo o social, das demandas sociais e da ordem pública para a urgência do singular da pessoa em crise (DREYZIN; LICHTENSTEIN, 1990; LEGUIL, 1990).

A emergência

A emergência é uma propriedade das crises; no entanto, o sentido do seu emprego é bastante diferente do modelo médico. Na Teoria da Complexidade, ela nomeia o surgimento de qualidades e possibilidades novas, inusitadas, que não podem ser deduzidas e vislumbradas nos componentes isolados de objeto, sistema ou organização (MORIN, 2007). Emergem sintomas, conflitos, eventos, sofrimentos que desestabilizam o laço social, um objeto, sistema ou organização. Algo

de novo se agrega ao sistema de relações existentes com potencial desestruturador, instalando uma crise, sendo que os recursos para o manejo e resolução se afiguraram, nesse momento, como ineficazes, insuficientes ou inexistentes.

A crise significa de fato a emergência de um componente “negativo”, o qual implica, de fato, sofrimento, conflito, desorganização ou ruptura de modos de reprodução social, de certas formas do laço social, muitas vezes insatisfatórias e frágeis.

A crise pode representar, assim, a possibilidade de reorganização em novas bases, novas formas e articulações do laço social e do sujeito, tomada como travessia, como navegação, cujo desfecho é imponderável. A crise pode ser, às vezes, a única forma de superar um estado de coisas que se mostrou incapaz de responder às exigências da vida de um sujeito e de sua rede social.

A crise como “perigo para si e para os outros”

A imputação de periculosidade e risco à loucura nasceu com as primeiras formulações da psiquiatria no século XIX (FOUCAULT, 2006) e acabou ganhando espaço na cultura e no imaginário social. Foi um elemento determinante do preconceito e estigma, justificando historicamente processos de exclusão e segregação sofridos por pessoas em sofrimento mental. Essa concepção, relacionada à periculosidade da loucura, tem sido criticada e colocada em xeque por questões éticas, políticas e científicas nos últimos 20 anos.

São justamente as situações de crise que geram ameaça ou ruptura do sujeito com sua rede, que a psiquiatria e os agentes da ordem pública não hesitam em ressaltar que a pessoa em sofrimento mental é “perigosa para si e para outrem”. Esse enunciado, tipicamente manicomial, autorizaria as intervenções de força e a internação involuntária ou compulsória (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005).

Entretanto, a violência que pode advir de pessoas em sofrimento mental não pode ser dissociada daquela existente nos locais e sociedades em que elas estão inseridas (LARGE, SMITH, NIELSEN, 2009; STEADMAN et al., 1998). Uma série de fatores externos ao campo da psiquiatria e dos transtornos mentais também contribui, seguramente, com um peso maior para o fenômeno da violência e agressividade (NORKO; BARANOSKI, 2008).

Além disso, a literatura sobre o tema é conflitante ou não sugere haver correlação direta entre transtornos mentais e a expressão de agressividade (STEADMAN et al., 1998; APPELBAUM, ROBBINS, MONAHAN, 2000; ELBOGEN, JOHNSON, 2009). Inclusive, essa correlação entre agressividade e atos violentos – com a presença de delírios persecutórios, de controle e influência (vivência de que outrem tenta ou assume o comando da sua mente e/ou corpo), tem sido objeto de questionamento (APPELBAUM, ROBBINS, MONAHAN, 2000; TEASDALE et al., 2006).

Paradoxalmente, observa-se, nos últimos anos, no âmbito dos estudos sobre violência, a revelação de um alto índice de violência cometida contra pessoas em sofrimento mental. Além da violência simbólica e subjetiva, elas também são vítimas de violência grave e direta em uma escala maior das que possam cometer contra os outros. Uma revisão de estudos sobre essa questão mostrou que 35% dessas pessoas sofreram agressões muito graves, seja roubo, assalto, rapto, estupro e outras violências (sexuais e físicas). Em uma proporção menor (12 a 24%) foram elas que cometeram violência em relação a outrem (CHOE; TEPLIN; ABRAM, 2008). Outra revisão, centrada em estudos europeus nos aponta que as pessoas com sofrimento mental grave são vítimas de violência numa proporção, no mínimo, duas vezes maior que a população em geral (MANIGLIO, 2009).

A vitimização é, seguramente, um forte componente do contexto de violência que envolve pessoas com transtornos mentais. No

cotidiano da nossa prática clínica, podemos ver o surgimento, com muita frequência, de um circuito de vitimização ou heteroagressão: um sujeito, ao ser agredido, reage com agressão, num processo, às vezes, contínuo que se retroalimenta. Esse circuito é reforçado por uma variedade de fatores cuja relação com a violência tem sido demonstrada, dentre os quais estão:

- o uso de substâncias psicoativas;
- história anterior de violência sofrida ou cometida;
- abuso e violência sofrida na infância e adolescência;
- fatores sócio-demográficos (sexo masculino, jovem, desvantagem socioeconômica e educacional); e
- fatores contextuais (como pertencer a ambientes e culturas que valorizam a violência).

No caso da pessoa com sofrimento mental, ainda temos ingredientes adicionais como: o estigma, o preconceito, a exclusão social e econômica. O processo como um todo é bastante complexo e multifatorial, obrigando-nos a superar as discussões simplistas em que uns acentuam a violência cometida por pessoas com sofrimento mental e outros argumentam que essa imputação não passa de estigma e preconceito. A violência associada aos transtornos mentais não pode ser dissociada da sua vulnerabilidade geral e, muito menos, da violência social e cultural, simbólica ou direta, da qual são vítimas. Vejamos, a seguir, uma representação aproximada desse processo:

Figura 8 – Agressão e violência: risco e vulnerabilidade no transtorno mental



Fonte: elaborada pelo autor.

A despeito desses novos estudos e dos questionamentos que eles nos trazem na prática cotidiana dos serviços, a pessoa com sofrimento mental aparece, de um lado, como portadora de uma sintomatologia específica, e de outro, pode ser percebida como aquela que produziu a ruptura, que rompeu os contratos, como um indivíduo violento, fora da ordem pública. Esse é o estado de coisas habitual e, para transformá-lo, teremos que combater a tese da periculosidade em todos os domínios da ação política e da clínica, seja no campo científico, na imprensa, na vida social como um todo, nos nossos serviços, na prática cotidiana do cuidado. É necessário evitar uma redução da crise aos sintomas e a um diagnóstico focado no indivíduo.

Deve-se analisar a crise como um problema de todos os componentes daquela rede social ou familiar. Assim, cairá por terra o “perigoso para si e para outrem”, pois o que se encontra em perigo e vulnerável é o próprio laço social dos atores envolvidos.

RESUMO DA UNIDADE

Nesta unidade, abordamos a articulação complexa e dialógica entre as crises e a resposta que a rede de atenção psicossocial, em articulação com a RUE, pode oferecer a ela. Sendo as crises complexas e multidimensionais, elas exigem respostas do mesmo nível. Assim, reforçamos a diretriz de que a crise deva ser abordada em rede, no seu território, por equipes, serviços e estratégias diversas que constituem a Rede de Atenção Psicossocial, em articulação com a Rede de Atenção às Urgências. Destacamos as várias estações de cuidado dessas redes, suas funções e papéis, buscando sustentá-los a partir de problemas concretos e necessidades dos usuários e das diversas apresentações de crise. Não deixamos de pontuar que esse trabalho em rede também precisa de uma gestão política e técnica muito bem construída e pactuada, que oriente e organize o seu trabalho em todos os níveis.

Postas essas questões, passamos a discutir diretrizes e orientações capazes de contribuir para que todos os profissionais e estações de cuidado produzam um cuidado efetivo, colaborativo, multiprofissional e interdisciplinar de qualidade. Dessa forma, consideramos radicalmente a perspectiva do usuário como sujeito e protagonista de seu projeto terapêutica num ambiente de cidadania, controle social e humanização do campo da saúde.

Na sequência, buscamos ressaltar que a crise é um acontecimento das relações sociais, humanas e de poder que emerge na rede familiar, social e no território onde vivem e navegam os portadores de sofrimento mental. É sob a luz dessa nova cena de cuidado que as nossas práticas e conceitos se forjam, exigindo criação, reformulações e mutações, particularmente, do conceito de crise, o qual organiza esse texto e as nossas ações.

LEITURA COMPLEMENTAR

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção às situações de crise e urgência em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. No prelo.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005. p. 161-194.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. **Br. J. Psychiatry**, London, v. 185, p. 283-290, 2004.

REFERÊNCIAS

APPELBAUM, P. S.; ROBBINS, P. C.; MONAHAN, J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, v. 157, n. 4, p. 566-572, Apr. 2000.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. **Departament of Health and Ageing**: emergency triage education Kit. Australia: Triage Workbook, Commonwealth of Australia, 2009.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry I.**, Malden, n. 3, p. 181-185, 2002.

BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.216 de 3 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 ANOS DEPOIS DE CARACAS, 2005, Brasília, DF: Ministério da Saúde, nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria GM nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 dez. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 8 jul. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012. Regulamenta ações realizadas no CAPS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 ago. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 27 jan. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1 fev. 2012c.

BRIDGETT, C.; POLAK, P. Social systems intervention and crisis resolution. **Advances in Psychiatric Treatment**, Arlington, v. 9, n. 6, p.424-431, nov. 2003.

CHOE, J. Y.; TEPLIN, L. A.; ABRAM, K. M. Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. **Psychiatr. Serv.**, Arlington, v. 59, p. 153-164, 2008.

CORDEIRO, D. C.; BALDASSARA, L. . **Emergências psiquiátricas**. São Paulo: Roca. 2007.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005. p. 161-194.

DIX, R.; PAGE, M. J. De-escalation. In: Beer, M. D.; Pereira, S.; Paton, C. **Psychiatric intensive care**. 2. ed. Londres: Cambridge University Press, 2008. p. 24-31.

DREYZIN, A.; LICHTENSTEIN, C. Eric Laurent con el grupo de investigación sobre las urgencias. In: BIALER, M. et al. **La urgencia: el psicoanalista en la pratica hospitalaria**. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones, 1990. p.19-20.

ELBOGEN, E. B.; JOHNSON, S. C. The Intricate link between violence and mental disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v. 66, n. 2, p. 152-161, apr. 2009.

FAZEL, S. et al. Schizophrenia and violence: systematic and meta-analysis. **PLoS Med.**, San Francisco, v. 6, n. 8, p. 100-120, aug. 2009.

FISHER, W. A. Restraint and seclusion: a review of the literature. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, v. 151, 1994. p. 1584-1591.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2010. p. 273-295.

GLICK, R. L. et. al. **Emergency psychiatry**: principles and practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer, 2006.

HARRIS, E. C.; BARRACLOUGH, B. Excess mortality of mental disorder. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 173, p. 11-53, 1998.

HARRIS, E. C.; BARRACLOUGH, B. Suicide as outcome for mental disorders: a meta-analysis. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 170, p. 205-228, 1997.

HOULT, J.; COTTON, M. A. Assessment of crises. In: JOHNSON, S. et al. **Crisis resolution and home treatment in mental health**. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. p. 97-110.

JIMÉNEZ, J. G. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgência basado en el triaje estructurado. **Emergencias**, Madrid, 2006, v. 18, p. 156-164.

JOHNSON, S. et al. **Crisis resolution and home treatment in mental health**. Cambridge: Cambridge University Pres, 2008.

LARGE, M.; SMITH, G.; NIELSEN, O. The relationship between the rate of homicide by those with schizophrenia and the overall homicide rate: a systematic review and meta-analysis. **Schizophr. Res. Jul.**, Cincinnati, v. 112, n. 1-3, p. 123-129, 2009.

LEGUIL, F. Reflexiones sobre la urgencia. In: BIALER, M. et. al. **La urgencia**: el psicoanalista en la práctica hospitalaria. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones, 1990. p. 23-28.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Emergency triage**: Manchester Triage Group. 2. ed. London: Blackwell Publishing, BMJ Books, 2006.

MANIGLIO, R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. **Acta Psychiatr. Scand.**, Aarhus, v. 119, p. 180-191, 2009.

MAROM, S. et al. Expressed emotion: relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. **Schizophrenia Bulletin**, Oxford, v. 31, 2005. p. 751-758.

MARX, K. Introdução à crítica da economia política. In:_____. **Contribuição à crítica da economia política**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983. p. 201-206.

MEZZINA, R.; JOHNSON, S. Home treatment and 'hospitality within a comprehensive community mental health centre. In: JOHNSON, S. **Crisis resolution and home treatment in mental health**. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. p.251-265.

MORIN, E. A epistemologia da complexidade. In: LE MOIGNE, J. L.; MORIN, E. **A inteligência da complexidade**. São Paulo: Editora Fundação Peirópolis, 1999. p.43-137.

MORIN, E. Definições. In: MORIN, E. **O método5: a humanidade da humanidade**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2007. p. 299-308.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. **Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient and emergency departments**. London: Clinical Guideline 25, 2005.

NORKO, M. A.; BARANOSKI, M. V. The prediction of violence; detection of dangerousness. **Brief Treatment and Crisis Intervention**, Oxford, v. 8, p. 73-91, 2008.

QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI, F. **Emergências psiquiátricas**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 109-123.

ROSEN, A. et al. Integration of the crisis resolution function within community health teams. In: JOHNSON, S. et al. **Crisis resolution and home treatment in mental health**. Cambridge: Cambridge University Pres, 2008. p. 235-250.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICACIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

SOUZA, P. J. C. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In: CAMPOS, F. B; LANCETTI, A. (Org.). **Saúdeloucura** - experiências da reforma psiquiátrica, n. 9, 2010. p. 101-123.

STEADMAN, H. J. et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. **Arch. Gen. Psychiatry**, Cambridge, v. 55, n. 5, p. 393-401, 1998.

TARDIFF, K. J. Violência. In: HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C. **Tratado de psiquiatria clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 1385-1407.

TEASDALE. et al. Gender, threat/control-override delusions and violence. **Law Hum. Behav.**, New York, v. 30, n. 6, p. 649-58, dec. 2006.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. **Br. J. Psychiatry**, London, v. 185, p. 283-290, 2004.

UNITED KINGDOM. Department of Health. **National risk management programme**. Best Practice in Managing Risk. London: Development Centre, 2007.

VAUGHN, C. E.; LEFF, J. P. The influence of family and social factors on the course of psychiatry illness. **Brit. J. Psychiatry**, London, v. 129, p. 125-137, 1976.

WAY, B. B.; BANKS, S. M. Use of seclusion and restraint in public psychiatric hospitals: patients characteristics and facility effects. **Hospital and Community Psychiatry**, Cambridge, v. 41, n. 1, p. 75-81, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente**. Lisboa, 2011. 145 p. Relatório técnico final.

ZAHL, D. L; HAWTON, K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 185, n. 1, p. 70-75, jul. 2004.

Os espectros clínicos da crise

02

Autor:

Políbio José de Campos



UNIDADE 2 - OS ESPECTROS CLÍNICOS DA CRISE

Objetivo: Compreender as diversas apresentações clínicas da crise no cotidiano dos serviços de saúde.

Carga horária: 10 horas.

2.1 AS APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DA CRISE NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A palavra crise é apropriada de forma quase universal e sem o devido rigor por campos diversos do conhecimento. Na medicina foi um conceito fundamental até o final do século XVIII. A crise era pensada como o momento em que a doença se revelava, os sinais e sintomas emergiam claros e exuberantes, indicando que havia um combate entre a doença e as forças naturais do organismo, cujo resultado iria decidir sobre a morte ou a cura. Nesse processo, cabia ao médico atuar com muito cuidado e postura atenta, mas não intervencionista, sem favorecer demasiadamente um lado ou outro das forças em jogo, para que se encontrasse um bom desfecho (FOUCAULT, 2006).

O final do século XVIII e o século XIX trouxeram à cena uma série de acontecimentos que reordenaram a medicina e colocaram a teoria da crise e seu papel operativo na penumbra. Esses acontecimentos estão associados ao nascimento da medicina moderna e à construção de um novo paradigma, inclusive envolvendo a redefinição do conceito de doença. Para definir uma doença, em primeiro lugar, exigia-se a descrição rigorosa do conjunto de sinais e sintomas que lhes fossem próprios. O próximo passo era determinar as lesões e disfunções dos órgãos ou dos sistemas fisiológicos associados e, por fim, identificar a causa, constatá-la diretamente – como no caso dos micro-organismos e das infecções – ou rastreá-la epidemiológica e indiretamente na

forma de fatores de risco, como se procede atualmente. O tratamento iria intervir objetivamente nesses níveis, sendo mais eficaz se agisse na causa. Sendo assim, todo o ritual e as estratégias que conformavam a atuação médica orientada pelo conceito de crise se tornaram inúteis. Não seria mais necessário esperar a crise para a doença revelar-se, a doença já estava lá. A abertura de inúmeros cadáveres, a varredura anatomopatológica em larga escala demonstrava que a cada conjunto de sinais e sintomas catalogados pela observação, invariavelmente constata-se uma lesão em um órgão específico.

Contudo, o corpo faltou ao encontro com a psiquiatria. As lesões e disfunções não eram encontradas e a psiquiatria, por muito tempo, e ainda hoje, devido às suas dificuldades de adequar-se ao novo paradigma, permaneceu refém da teoria da crise. Os sintomas podiam e foram muito bem descritos, mas a lesão faltava. O único modo de se fazer um diagnóstico era com o afloramento dos sintomas, dos fenômenos psicopatológicos, no momento da crise. E bastava um diagnóstico absoluto, ou seja, não era necessário definir qual a doença específica, mas fazer um corte, dar um veredito sobre a presença da loucura (FOUCAULT, 2006). Trata-se de um doente mental ou não? A resposta positiva autorizava a entrada no circuito psiquiátrico e legitimava a operação fundamental da Psiquiatria: a internação.

Porém, é importante ressaltar um detalhe: a teoria da crise era necessária, apenas, no contexto restrito da justificativa da internação, pois a sua apropriação, na prática, o processo que desencadeava, era diferente daquele da medicina antiga. Não se buscava acompanhar o desenvolvimento da crise para encontrar o caminho da cura: muito pelo contrário, descarregava-se sobre ela todo um aparato de controle e disciplina visando silenciá-la, a todo custo.

2.1.1 Os espectros clínicos das crises relevantes para a abordagem na RAPS

Curiosamente, o conceito de crise, como vimos, foi colocado na penumbra do debate e da prática: não cessou de insistir como algo incômodo, vez por outra ressurgindo. Teve um papel central no marco conceitual da psiquiatria comunitária nas décadas de 60 e 70. O termo englobava um campo amplo de problemas associados às dificuldades da vida, à adaptação às normas sociais, às situações de perturbação do equilíbrio de um indivíduo e seu sistema social, estando em questão a “homeostase” social (CAPLAN, 1980).

Atualmente, digamos, o conceito de crise está reabilitado, mas acabou caindo numa polissemia desvairada, significados diversos, às vezes díspares, se misturando ou conciliando com o campo de sentido dos conceitos de urgência e emergência, não conseguindo constituir uma identidade. Podemos encontrar esse conceito em contextos variados – desde num livro de urgência voltado aos paramédicos norte-americanos, até em textos de várias experiências de reforma psiquiátrica ou na literatura da psiquiatria das catástrofes, e, embora encontremos concordâncias conceituais e teóricas, constatamos diferenças radicais na prática.

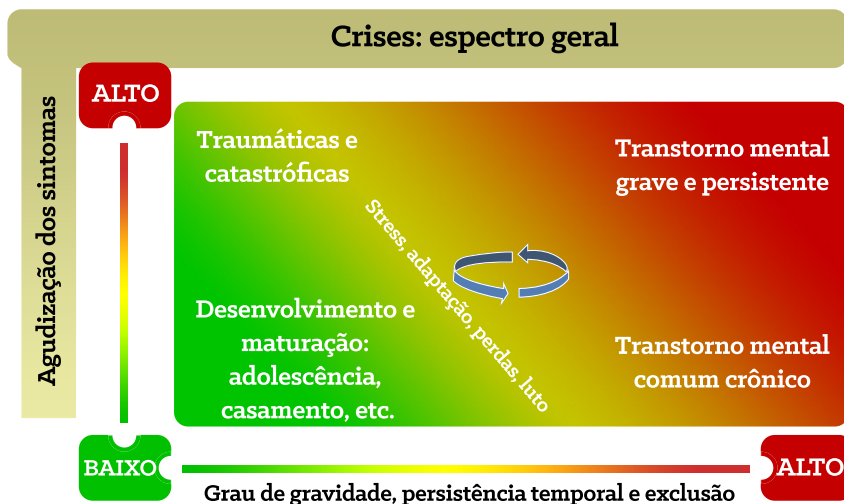
Contudo, a despeito das imprecisões e confusões, interessa muito ao campo da Reforma Psiquiátrica resgatar o conceito de crise, particularmente aquele da medicina antiga. Em primeiro lugar porque

ele carrega em si uma riqueza semântica que nos permite confrontar e se desvencilhar do reducionismo dos conceitos de urgência e emergência da medicina contemporânea. Além disso, essa riqueza se adequa melhor à complexidade dos problemas encontrados na prática.

De fato, temos insistido na reapropriação do conceito, mas não de forma teórica, e sim, na confrontação com a realidade e diante de desafios precisos e concretos. Esse contexto prático surgiu no ambiente de algumas experiências de Reforma Psiquiátrica que ousaram transformar radicalmente o modelo assistencial e superar o manicômio. Essas experiências terminam se defrontando com a necessidade de dar uma resposta consistente à crise, a qual persiste, ainda hoje, como a justificativa para as internações e para a existência do próprio manicômio (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005). No processo de enfrentamento dessa questão, se forjou uma nova definição, uma formulação multidimensional e complexa da crise, que é uma ferramenta de análise e orientação da resposta aos problemas colocados pela prática cotidiana, conforme detalhamos na unidade 1.

Agora, vamos qualificar e aprofundar alguns aspectos da resposta à crise de maneira a considerar algumas particularidades do espectro clínico das crises. Apresentamos, então, uma visão geral sobre o amplo campo de problemas encontrados na prática, útil para o diagnóstico inicial no acolhimento ou para o diagnóstico diferencial e seguimento dos casos. Veja o quadro a seguir:

Figura 9 – Crises: espectro geral



Fonte: elaborado pelo autor.

a) As crises relativas ao desenvolvimento normal e à maturação psicológica

Referem-se às dificuldades próprias de cada fase da vida e dos momentos de passagem de uma fase à outra, à biografia em geral, ao enredo próprio de cada um. Dependendo do momento histórico e de particularidades da cultura e do laço social, acontecimentos e fases comuns da vida, como adolescência, casamento, paternidade, maternidade, velhice, morte, podem ser vivenciados com muita angústia, perplexidade e solidão.

b) As crises relativas aos acontecimentos imprevistos ou indesejáveis na inserção social do sujeito

Fazem parte desse campo os problemas decorrentes dos maus encontros com a vida, os quais geram situações de estresse, luto, perdas: um acidente comum individual, a perda do emprego, uma separação, a perda de um ente querido, conflitos, doença.

c) As crises decorrentes de eventos traumáticos graves e catástrofes

Este recorte engloba problemas pontuais e historicamente datados: uma catástrofe natural, uma guerra, eventos marcados pela sua raridade. No entanto, vivemos um momento histórico no qual tem sido regra um excedente de violência de diversos matizes, atingindo indivíduos e coletivos humanos numa escala sem precedentes. A guerra, o trauma e a catástrofe foram inseridos no tecido social, com o agravante da sua banalização. Nas grandes metrópoles, por exemplo, o impacto e a demanda decorrentes desses fenômenos compõem o dia a dia dos serviços de saúde, especialmente os de saúde mental, os quais, na maioria das vezes, são o único canal de expressão e resposta existente do poder público e estatal.

d) As crises nas pessoas com transtornos mentais comuns

São aquelas relacionadas, por exemplo, aos transtornos de ansiedade e ao espectro da depressão, de natureza neurótica, em geral. É importante notar que a prevalência geral de transtornos mentais que necessita de cuidados é expressiva em todos os países, com uma estimativa de 18,8 a 29,2% da população no período de um ano (MARI; JORGE; KOHN, 2007). Desse conjunto, os transtornos não psicóticos – que são os que afetam a imensa maioria da população – podem progressivamente apresentar critérios para transtorno mental grave e persistente (RUGGERI et al., 2000). Comumente, o impacto ao longo da vida será lento e menor que o dos transtornos psicóticos, mas cerca de 10% dos transtornos não psicóticos pode apresentar intensidade e duração o suficiente para compor uma parcela importante do contingente geral de sofrimento mental grave e persistente, produzindo incapacidade, desinserção social, cronicidade e muito sofrimento para o sujeito.

Entram aí uma série de transtornos que se engendram insidiosamente a partir dos problemas relativos à constituição do sujeito, da biografia, da personalidade e inserção do homem no mundo, incluindo as reações graves e duradouras aos traumas e catástrofes, até chegar ao campo dos transtornos classicamente chamados de neuroses: ansiedade, angústia, fobias, neurose obsessivo-compulsiva, histeria e depressão.

e) As crises nas pessoas com transtornos mentais graves e persistentes

Essas compreendem as crises ocorridas no campo das psicoses em geral, o espectro da esquizofrenia e dos transtornos afetivos bipolares. Mas vale ressaltar que um contingente expressivo dos transtornos não psicóticos, pode evoluir de forma grave e persistente, compondo um percentual de aproximadamente 40% dos transtornos mentais graves e persistentes (RUGGERI et al., 2000).

Os transtornos mentais graves têm uma prevalência menor em relação ao conjunto dos transtornos. Independente do critério utilizado para a definição, porém, quantitativamente é grande o número de pessoas atingidas. Uma estimativa brasileira, por exemplo, considera que podem atingir em média até 6% da população (cerca de 11 milhões de pessoas) e 3,1% se considerarmos os graves e persistentes (MARI; JORGE; KOHN, 2007). Esse é o contingente das crises mais importantes para a Reforma Psiquiátrica, tanto do ponto de vista clínico como da estruturação da política de saúde mental.

O sofrimento mental ou transtorno mental grave é uma construção epidemiológica de caráter operacional – com definições diversas – as quais em geral, procuram destacar o grau de gravidade e persistência dos transtornos mentais, independentemente do diagnóstico psiquiátrico, em que pese ser mais comum nas psicoses (SCHINNER, et al., 1990; RUGGERI et al., 2000). A sua definição é multiaxial e abrange o eixo da clínica, do laço social, e a dimensão temporal, conforme a seguinte síntese:

- uma sintomatologia grave, com sintomas incapacitantes, muitas vezes persistentes e reagudizações frequentes;
- comprometimento importante no desempenho psicossocial e no laço social do sujeito, sendo comuns situações de conflito, ameaça ou ruptura na sua rede social e familiar de suporte; e
- evolução prolongada, persistente e requisição de grande aporte de cuidados, inclusive os de urgência e intensivos, bem como recursos de reabilitação psicossocial.

Um aspecto importante a ser ressaltado, tendo em vista o espectro e os recortes diversos das crises, diz respeito à forma particular de articulação entre as dimensões específicas de uma crise. Elas podem ser compreendidas a partir de dois eixos: um transversal, caracterizado pelo grau de urgência, agudeza, risco e vulnerabilidade, e outro longitudinal, concernentes ao curso do transtorno, sua evolução temporal e as repercussões globais na vida do sujeito.

O eixo transversal se destaca nos três primeiros espectros das crises, sendo bastante evidente no contexto de catástrofes e traumas, e também em algumas crises do desenvolvimento ou nas perdas e luto. Apesar da sua evidente agudeza e urgência, habitualmente, têm curso limitado e rápida resolução, gerando menor impacto em longo prazo, quando vividos por pessoas sem diagnóstico prévio de transtorno mental (POLK; MITCHELL, 2009).

Porém, em certos contextos, nos quais os eventos traumáticos tornam-se cotidianos e de repetição, as crises podem se tornar persistentes. Daí a importância de reconhecer e dar uma resposta adequada a

essas situações, de maneira a cuidar do sofrimento em si e também evitar o surgimento de um transtorno mental ou contribuir para a cronificação de um processo reativo decorrente de um trauma ou um acontecimento vital vivido mais intensamente.

As crises nas pessoas com sofrimento mental grave e persistente costumam gerar um impacto maior a longo prazo no curso de vida de uma pessoa e na sua rede de inserção social, sendo um fator determinante dos processos de exclusão aos quais podem ser submetidas essas pessoas. Uma observação adicional deve ser feita com relação às primeiras crises dos transtornos mentais graves e persistentes, particularmente, no campo das psicoses. As primeiras manifestações de um transtorno, como no caso da esquizofrenia, são comumente insidiosas e se apresentam na forma de sintomas não psicóticos, os quais precedem de meses a anos a manifestação explícita da psicose (PULL, 2005). Mas, em muitas ocasiões, se desencadeiam de forma dramática, com risco e agudeza evidentes, por exemplo, através de suicídio, autoagressões e atos de violência, os quais, também, são inespecíficos, não trazendo em si, claramente, os sintomas indicativos de um diagnóstico.

Quanto aos transtornos mentais comuns e não psicóticos, as crises costumam ser menos intensas e mais limitadas temporalmente, embora possam ocorrer crises exuberantes e com grau de urgência elevado, como no caso da crise de angústia ou pânico. Comumente, o impacto ao longo da vida será lento e menor, mas podem apresentar intensidade e duração suficientes para se somar ao contingente geral de sofrimento mental grave e persistente (RUGGERI et al., 2000).

Se uma apresentação tem o estatuto de uma crise, independente do espectro ao qual ela pareça pertencer, em um primeiro momento, o mais adequado é colocar o diagnóstico entre parênteses, acolhendo a pessoa com toda a seriedade e cautela possíveis.

2.1.3 O recorte das crises com qualidades de urgência e emergência

Discutiremos agora as apresentações de crise em que os predicados ou qualidades de urgência/emergência são muito evidentes e requerem um nível de intervenção com mais recursos, maior intensidade e complexidade. Serão requisitados nesses casos, estrategicamente, alguns pontos da RAPS, como os CAPSs, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os serviços de urgência/emergência, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os Leitos de Saúde Mental para Atenção Integral em Hospital. As situações de crise que vão requisitar esses serviços não são homogêneas, pois elas têm apresentações e determinações diversas. O que as unifica é o fato de enunciar um limite, exigindo intervenções mais complexas, multiprofissionais, interdisciplinares e em rede.

- Em primeiro lugar estão as crises que se apresentam com rupturas e conflitos da rede social e familiar, que esgotaram as capacidades de pactuação e resolução de conflitos nessa rede. Essas crises acometem principalmente as pessoas com sofrimento grave ou persistente e, como efeito da correlação de forças, o sujeito em crise é nomeado como “perigoso para si e para os outros” e acaba sendo objeto de intervenções de força.
- Em segundo lugar temos algumas apresentações clínicas, as quais necessitam de intervenções de urgência e emergência médica. É o

caso das crises relativas à intoxicação, dependência, abstinência de álcool e outras drogas, bem como as decorrentes de condições médicas e nos casos em que o transtorno mental se apresenta em comorbidade com uma condição médica ou de AD, igualmente agudizadas e compondo o quadro de urgência.

Vamos discorrer sobre algumas apresentações de crise que encaixam nessas características:

- os quadros de **agitação psicomotora, com ou sem agressividade ou violência**, enunciados a partir de uma literatura e perspectiva dominante que devem ser discutidas e ampliadas;
- o espectro da suicidalidade, que abrange o suicídio, a tentativa, os atos preparatórios, o plano, a ideação (POSNER et al., 2007), as autoagressões ou lesões autoinfligidas, sem aparente ideação suicida e os casos graves de autonegligência;
- os casos de *delirium* (estados confusionais) de diversas intensidades, com alteração da consciência, da orientação e da atenção, com desorganização do comportamento e a presença de produções similares a um delírio – produções deliróides, sem sistematização e mais caóticas, bem como onirismo, alucinações visuais, táteis e olfativas.

O primeiro aspecto a destacar dessa classificação é que cada apresentação tem um núcleo de sintomas que lhe é característico:

- o par agitação/agressividade;
- o núcleo de autoagressão com intenção suicida ou não; e
- alteração do nível e da estrutura do campo de consciência (estados confusionais).

No conjunto, podemos observar que não se tratam de doenças, mas de apresentações sindrômicas, ou seja, um conjunto de manifestações clínicas, sinais e sintomas, organizados em torno de um núcleo clínico básico.

A caracterização dessas três apresentações implica em uma elaboração e leitura bastante sofisticadas, pois quando as crises surgem como demanda elas se apresentam, em um primeiro momento, de forma indiferenciada e inespecífica, sendo impossível realizar um diagnóstico exato em termos de qual é o transtorno de base. Sabemos que há algo grave, que o sujeito está transtornado, seu comportamento está de fato estranho, mas somente descobriremos a causa ou transtorno subjacente após um percurso que pode ser longo.

Podemos, certamente, estabelecer algumas correlações, certas regularidades de associação, tal como veremos a seguir.

No caso da agitação psicomotora, com ou sem agressividade, as correlações são amplas, de modo que podemos dizer que quase todo o espectro de transtornos mentais e inúmeras patologias médicas podem estar associados a essa apresentação de urgência (GLICK et al., 2008; QUEVEDO, SCHMITT, KAPCZINSKI, 2008; VASQUES, 2007).

O mesmo ocorre em relação à suicidalidade e autoagressões, pois os estudos sobre o suicídio nos apontam uma variedade de transtornos mentais correlacionados, apesar de alguns estarem associados mais intensamente, como ocorre com a depressão maior, o transtorno afetivo bipolar, as psicoses esquizofrênicas, os problemas com álcool e outras drogas e os transtornos de personalidade (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).

Todavia, nem todos os que se suicidam apresentam um transtorno mental identificável e, obviamente, a maioria das pessoas com transtorno mental não se suicidam. Além disso, o suicídio é um fenômeno complexo, com influência marcante de fatores externos ao campo da saúde mental e relacionados à cultura, à sociabilidade, ao gênero e ao ciclo vital, dentre outros.

E, por fim, os quadros⁵ de *delirium* indicam a necessidade de busca de uma causa clínica – metabólica, infecciosa, neurológica ou outras – ou um transtorno relacionado ao uso de álcool e outras drogas (GLICK et al., 2008; QUEVEDO, SCHMITT, KAPCZINSKI, 2008).

5 Esses quadros de crise, inclusive os relativos a álcool e outras drogas, não apenas o *delirium*, serão tratados em sua especificidade no Módulo 4.

É necessário destacar aqui, pois não é objeto do devido apreço nas discussões do tema, o papel das condições médicas na configuração de algumas apresentações de crise com qualidade de urgência e emergência, as quais requerem uma leitura e abordagem diferenciadas.

2.1.4 A importância das condições médicas nas apresentações de crise

Uma variedade de patologias médicas é capaz de produzir uma apresentação de urgência psiquiátrica, inclusive com quadros muito parecidos aos transtornos psiquiátricos clássicos (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2006; CRESSWELL III, RICCIO, MACCABE, 2008; KARAS, 2002). Ademais, as doenças médicas que afetam pessoas com problemas psiquiátricos podem modificar ou tornar mais complexa a sua apresentação, geralmente aumentando o nível de sofrimento, desconforto e risco para a pessoa em uma crise.

Por outro lado, as pessoas com transtorno mental apresentam um estado geral de saúde muito precário refletido em uma taxa de mortalidade e de morte prematura maior do que a população em geral (HARRIS, BARRACLOUGH, 1998). Esses dados deveriam nos deixar atentos, mas não é o que acontece: os problemas de saúde das pessoas com sofrimento mental, particularmente os decorrentes de condições médicas, comumente são negligenciados em todos os níveis de atenção e, particularmente nas urgências. A revelação de que o usuário tem um diagnóstico psiquiátrico, o relato do uso ou o achado de uma receita de psicotrópico no bolso, ou até mesmo do cartão de inscrição em

um serviço psiquiátrico se associam, frequentemente, a desleixo na avaliação, à subestimação de problemas clínicos graves como causa ou agravante de apresentações psiquiátricas e a encaminhamentos automáticos para os serviços psiquiátricos.

Muitos estudos mostram essa associação alta entre problemas médicos e a produção de um quadro de urgência psiquiátrica (CARLSON, NAYAR, SUH, 1981; TINTINALLI, PEACOCK, WRIGHT, 1994; OLSHAKER et al., 1997; HATTA, 2002), conforme observa-se no quadro abaixo :

Quadro 3 – Problemas médicos e demanda de urgência psiquiátrica

Estudos/ Autores	Tipo de serviço	Pacientes incluídos	Problemas médicos %
Carlson , Nayar, Suh (1981)	Emergência psiquiátrica	200	7%
Tintinalli, Peacock, Wright (1994)	Emergência geral	298	4% problemas graves/urgência
Olshaker et. al (1997)	Emergência geral	345	19%
Hatta (2002)	Psiquiatria intensiva	554	24% - sendo 8% deles graves

Fonte: elaborado pelo autor.

Essa constatação exige um cuidado maior e a formulação de diretrizes específicas para o manejo dessa questão no ambiente de urgência (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2006). As condições médicas mais comuns associadas à sintomatologia psiquiátrica são:

- hipoglicemia;
- hiperglicemias;
- alterações endocrinológicas (hipo, hipertireoidismo, entre outras);

- distúrbios hidroeletrólíticos;
- infecções do sistema nervoso central, pulmonares e do trato urinário, as infecções pelo HIV; e
- problemas neurológicos, traumas e acidentes vasculares cerebrais.

Pessoas com transtorno mental também apresentam transtornos relacionados ao álcool e a outras drogas numa proporção maior que a população geral. Esses últimos problemas repercutem na saúde mental e no âmbito das urgências em geral de forma cada vez mais intensa, conforme será abordado no próximo módulo em maiores detalhes.

Portanto, estejamos atentos para os elementos que possam ajudar a diferenciar uma condição ou patologia orgânica de um transtorno mental, quando estamos diante de uma apresentação de urgência. A seguir, apresentamos um quadro baseado na literatura (CRESSWELL III, RICCIO, MACCABE, 2008; KARAS, 2002; DUBIN, WEISS, ZECCARDI, 1983; WILLIAMS, SHEPHERD, 2000; TALBOT-STERN, GREEN, ROYLE, 2000) e na nossa experiência, que sintetiza e ajuda a visualizar alguns itens importantes para o esclarecimento do diagnóstico diferencial, o qual é crucial para a tomada de decisão e a qualidade da assistência.

Quadro 4 – Diagnóstico diferencial: condições médicas X psiquiátricas

Médicas	Psiquiátricas
Idade: < de 12 e > 40 anos	Idade: 13-40 anos
Início agudo	Início gradual
Curso flutuante	Curso contínuo
Consciência, atenção e orientação alteradas	Consciência clara e orientado
Alucinações visuais, táteis, olfativas e ilusões	Alucinação auditiva
Sem história psi prévia	História psi prévia Atenção: se quadro é diferente, iniciou nova medicação, a pessoa é mais velha e/ou tem indícios clínicos sugerindo condição médica
Sinais vitais e exame físico alterados	Exame físico normal
História ou presença de sinais e sintomas de álcool e drogas, independente da existência ou não do quadro psiquiátrico associado	Sem história de AD atual e anterior ao surgimento do quadro psiquiátrico
Alteração da consciência e sintomas psiquiátricos, temporalmente associados a uma convulsão ou problemas neurológicos, inclusive infecções e AVCs	Sem história de epilepsia ou qualquer problemas neurológico.
Delírio (estado confusional)	Delírio (consciência clara)

Fonte: elaborado pelo autor.



Boa Prática

Reforçamos a importância dessa discussão enunciando uma REGRA BÁSICA e simples para nos orientar diante de uma crise, no contexto das urgências, a qual, a despeito de uma origem psiquiátrica parecer de imediato como provável, é de boa regra, colocá-la sob suspeita e fazer uma avaliação a mais completa possível, não se esquecendo do peso da história, do exame físico e da coleta dos dados vitais, os quais continuam sendo os elementos mais importantes para o esclarecimento diagnóstico.

Quanto a essa questão, os profissionais de nível médio têm um papel muito importante. São eles que normalmente nos alertam para os problemas clínicos – desde os mais simples como uma desidratação leve, uma perda de peso, uma constipação intestinal, até situações de muita gravidade, como uma hipotensão, choque, sedação excessiva e assim por diante. O fazem pela proximidade, pela presença física, pela formação que valoriza essa dimensão. Não é demais lembrar que as práticas e discursos dominantes no ambiente *psi* costumam não valorizar e, muitas vezes, inibir a expressão desses saberes, o que, infelizmente, tem consequências funestas para as pessoas em sofrimento mental.

RESUMO DA UNIDADE

Nesta unidade discutimos a trajetória do conceito de crise no campo da psiquiatria e da saúde mental desde o século XIX. Destacamos sua natureza incômoda e como o discurso médico tentou desfazer-se desse conceito, que sobreviveu até nossos dias. Atualmente, é apropriado pela Reforma, em razão da sua riqueza em definir o conjunto de problemas postos pelo desafio de cuidar de pessoas e situações muito graves na perspectiva da inclusão social, da cidadania e do cuidar em liberdade, no contexto da lógica e ética antimanicomial.

Vimos que os conceitos médicos de urgência e emergência têm sofrido transformações e que algumas delas nos interessam, como é o caso das definições que orientam, atualmente, o trabalho do SAMU. Depois, discorreremos sobre o espectro geral das apresentações de crise, para depois nos concentrarmos naquelas que se manifestam com as qualidades de urgência e emergência, destacando o recorte específico das crises que são condicionadas ou se correlacionam com problemas médicos, as quais necessitam de um olhar e abordagens diferenciadas.

LEITURA COMPLEMENTAR

Recomendamos as aulas de Foucault, de 23 e 30 de janeiro de 1974, p. 299-386, que discutem a crise no contexto da genealogia da medicina moderna e da psiquiatria:

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. Clinical policy: critical issues in the diagnosis and management of the adult psychiatric patient in the emergency department. **Ann. Emerg. Med.**, Dallas, v. 47, n. 1, p. 79-99, 2006.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

KARAS, S. Behavioural emergencies: differentiating medical from psychiatric disease. **Emergence Medicine Practice**, Norcross, v. 4, n. 3, p. 1-20, 2002.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. Clinical policy: critical issues in the diagnosis and management of the adult psychiatric patient in the emergency department. **Ann. Emerg. Med.**, Dallas, v. 47, n. 1, p. 79-99, 2006.

ALLEN, M. H. et al. **Task force on psychiatric emergency services:** Report and Recommendations Regarding Psychiatric Emergency and Crisis Service. Virginia: American Psychiatric Association, 2002.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry I.**, Malden, n. 3, p. 181-185, 2002.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/95. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 17 mar. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CAPLAN, G. Um modelo conceptual para prevenção primária. In:_____. **Princípios de psiquiatria preventiva.** Rio de Janeiro: Zahar, 1980. p. 40-69.

CARLSON, R. J.; NAYAR, N.; SUH, M. Physical disorders among emergency psychiatric patients. **Canadian J. Psychiatry**, Ottawa, v. 26, n. 1, p. 65-67, 1981.

CRESWELL III, L. H.; RICCIO, D. M.; MACCABE, J. B. Medical evaluation of behavioral emergencies. In: Glick, R. L. et al. **Emergency psychiatry:** principles and practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer, 2008. p. 45-57.

DUBIN, W. R.; WEISS, K. J.; ZECCARDI, J. A. Organic brain syndrome: the psychiatric impostor. **JAMA**, Chicago, v. 249, n. 1, p.60-62, jan. 1983.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GLICK, R. L et. al. **Emergency psychiatry**: principles and practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer, 2008.

HATTA, K. Emergency pharmacological management of aggression among agitated psychotic patients in Japan. **Psychiatric Services**, Arlington, v. 3, n. 9, p. 1077-1078, 2002.

KARAS, S. Behavioural emergencies: differentiating medical from psychiatric disease. **Emergence medicine Praticce**, Norcross, v. 4, n. 3, p. 1-20, 2002.

MARI, J. J.; JORGE, M. R.; KOHN, R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. B. F.; KHON, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed; 2007. p.119-141.

OLSHAKER, J. S. et al. Medical clearance and screening of psychiatric patients in the emergency department. **Acad. Emerg. Med.**, Hoboken, v. 4, p. 124-128, 1997.

POLK, D. A.; MITCHELL, J. T. **Prehospital behavioral emergencies and crisis response**. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2009.

POSNER K. et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, v. 164, p. 1035-1043, 2007.

QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI, F. **Emergências psiquiátricas**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

RUGGERI, M. et al. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 177, p. 149-155, 2000.

SCHINNER, A. P. et al. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 147, n. 12, p. 1602-1608, 1990.

TALBOT-STERN, J. K.; GREEN, T.; ROYLE, T. J. Psychiatric manifestations of systemic illness. **Emerg. Med. Clin. of North Am.**, Orlando, v. 18, n. 2, p. 199-209, 2000.

TINTINALLI, J.E.; PEACOCK, F.W.; WRIGHT, M. A. Emergency medical evaluation of psychiatric patients. **Ann. Emerg. Med. Apr.**, Irving, v. 23, n. 4, p. 859-862, 1994.

VASQUES, D. Agitação e agressividade. In: CORDEIRO, D. C.; BALDAÇARA, L. (Ed.). **Emergências psiquiátricas**. São Paulo: Rocca, 2007. p. 25-47.

WILLIAMS, E. R.; SHEPHERD, S. M. Psychiatric emergencies. Medical clearance of psychiatric patients. **Emerg. Med. Clin. North Am.**, Orlando, v. 18, n. 2, p. 185-98, 2000.

HARRIS, E. C.; BARRACLOUGH, B. Excess mortality of mental disorder. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 173, p. 11-53, 1998.

PULL, CB. Diagnóstico da esquizofrenia: uma revisão. In: MAJ, M; SARTORIUS, N. **Esquizofrenia**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 13-41.

TARDIFF, K. J. Violência. In: Hales, R. E.; Yudofsky, S. C. **Tratado de psiquiatria clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 1385-1407.

ENCERRAMENTO DO MÓDULO

Nesse módulo estabelecemos um quadro geral para orientar o atendimento das crises como um evento da vida real das pessoas, singular e subjetivo, com certeza, mas, antes de tudo, como acontecimento que se dá na rede social e território onde produzem suas vidas e onde se fazem como sujeitos de relações sociais e políticas. Teceu a cartografia da resposta possível em redes de atenção coordenadas e colaborativas e as condições de possibilidade de efetivá-la. Destacamos alguns aspectos da evolução dos conceitos de crise, urgência e emergência e terminamos discutindo o espectro clínico de apresentação das crises, particularmente aqueles que surgem com as qualidades de urgência e emergência, enunciando situações limites e requisitando uma abordagem diferenciada.

AUTOR

Políbio José de Campos

Possui graduação em medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1985). Possui especialização na modalidade Residência Médica em Psiquiatria e Medicina Preventiva e Social, realizadas no Programa de Residência do Hospital das Clínicas da UFMG. É psiquiatra do CERSAM Noroeste e do SUP (Serviço de Urgência Psiquiátrica) da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Coordenou a Política de Saúde Mental da Prefeitura do Município de Belo Horizonte de 2003 a 2008. Foi Responsável pelo programa de Capacitação em Saúde Mental da Secretaria de Saúde da PBH, entre 2003 e 2011. Coordenador das Residências de Psiquiatria e Multiprofissional de Saúde Mental da Rede SUS - Prefeitura de Belo Horizonte.

Endereço do lattes: <http://lattes.cnpq.br/4061345692595106>

ORGANIZADORES

Maria Terezinha Zeferino

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1984). Mestre em Engenharia Civil pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Pós-doutorado pelo Center for Addiction and Mental Health University of Toronto/Canadá (2012). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário da UFSC e Docente do Mestrado Profissional em Saúde da UFSC. Coordenadora do Curso de Atualização em Crise e Urgência em Saúde Mental da UFSC. Líder do APIS - Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas. Desenvolve seus trabalhos acadêmicos e de pesquisa na área de enfermagem, com ênfase em saúde mental e fenômeno das drogas, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, fenômeno das drogas, enfermagem psiquiátrica, saúde do caminhoneiro, fenomenologia sociológica de Alfred Schütz, administração em saúde coletiva, atenção básica, acidente de trânsito e cuidados de enfermagem.

Endereço doattes: <http://lattes.cnpq.br/2532658022267499>

Jeferson Rodrigues

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Especialista em Atenção Psicossocial pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2003). Mestre em Enfermagem pelo PEN/UFSC (2005). Doutor pelo PEN/UFSC (2010). Professor Substituto da Universidade Federal de Santa Catarina na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica nos anos 2002-2004; 2007-2009.

Assessor Parlamentar de 2011 a 2012. Professor Adjunto da FACENf/ UERJ em 2012.1. Atualmente é Professor Adjunto I do Departamento de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de enfermagem em saúde mental e atenção psicossocial, atuando principalmente nos seguintes temas: Reforma Psiquiátrica, situação de crise, organização política e associações de usuários e familiares e movimento nacional de luta antimanicomial. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental. Membro da Red Internacional de Enfermería en Salud Mental/OPAS. Vice-Lider do APIS - Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas.

Endereço doattes: <http://lattes.cnpq.br/3947827508844058>

Jaqueline Tavares de Assis

Possui graduação em Psicologia pela Universidade de Brasília (2006) e Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde pela Universidade de Brasília (2009). Atualmente é Assessora Técnica do Ministério da Saúde e Pesquisadora - Programa de Estudos E Atenção às Dependências Químicas/UnB. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Endereço doattes: <http://lattes.cnpq.br/7280701708000356>



Ministério da
Saúde

**Governo
Federal**